

**ERFOLGSORIENTIERUNG, SOZIALE KOMPETENZ
UND STRESSREAKTIONEN**

**Eine empirische Studie zum Streß- und Copingverhalten
von gesunden und somatisch erkrankten Personen**

RAIMUND W. SCHWENDNER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547927_0004

ERFOLGSORIENTIERUNG, SOZIALE KOMPETENZ UND STRESSREAKTIONEN

Eine empirische Studie zum Streß- und Copingverhalten
von gesunden und somatisch erkrankten Personen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
RAIMUND W. SCHWENDNER
München

Betreuer:
PROF. DR. DR. J. C. BRENGELMANN, PH. D.,
Koreferent:
PROF. DR. W. TUNNER
München 1986

Die vorliegende Arbeit ist in ein international konzipiertes Forschungsprojekt integriert, das am Max-Planck-Institut für Psychiatrie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. J. C. Brengelmann, Ph. D., durchgeführt wird.

Ihm gilt mein besonderer Dank für die Betreuung und Förderung dieser Arbeit, ebenso Herrn Dr. F. Peterander, der mir in vielen inhaltlichen und organisatorischen Fragen ein kompetenter Gesprächspartner war.

Ebenso verbindlich möchte ich Herrn Dr. G. Henrich, Herrn Peter FitzGerald, Ph.D., und Herrn Dr. G. Müller für die Beratung in statistischen Angelegenheiten und für die Arbeit am Terminal danken.

Im Rahmen der Untersuchung wurden umfangreiche Datenerhebungen in mehreren Betrieben und Kliniken durchgeführt, um Aussagen über "Erfolgsorientierung", "Soziale Kompetenz" und "Stressreaktionen" bei gesunden und kranken Menschen zu gewinnen. Dazu bedurfte es des Einverständnisses und der engagierten Mitarbeit der Testpersonen, vor allem aber auch der Betriebs- und Klinikleiter, die unser Forschungsanliegen begrüßten und organisatorisch vorbereiteten.

Ihnen danke ich ebenso wie den Kollegen, die durch ihre Gespräche und Anregungen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

1. Theoretische Ansätze der Streßforschung S. 10
 - 1.1. Stimulusorientierte Forschungsansätze S. 11
 - 1.1.1. Life-event-Forschung S. 11
 - 1.1.2. Trait State-Anxiety-Theorie S. 14
 - 1.2. Reaktionsorientierte Forschungsansätze S. 14
 - 1.2.1. Das "Allgemeine Adaptionssyndrom" von SELYE S. 14
 - 1.2.2. Psychosozial vermittelte Krankheiten nach LEVI S. 16
 - 1.2.3. Das Diathese-Streß-Modell nach DAVISON/NEALE S. 18
 - 1.3. Interaktionsorientierte Forschungsansätze S. 19
 - 1.3.1. Das transaktionale Modell nach LAZARUS S. 20
 - 1.3.2. Zur Problematik von Coping-Konzepten S. 23
 - 1.4. Streß, Arbeit und Familie S. 24
 - 1.5. Persönlichkeitsdispositionen und Krankheit S. 27
 - 1.5.1. Die Typ-A-Disposition S. 27
 - 1.5.2. Streßbelastung und Hypertonie S. 29
 - 1.5.3. Ergänzende Anmerkungen S. 30
2. Beschreibung der Teststichprobe S. 31
 - 2.1. Erhebung der Normalstichprobe S. 31
 - 2.2. Erhebung der Patientenstichprobe S. 32
 - 2.3. Gliederung der Diagnosegruppen S. 33
 - 2.3.1. Krebspatienten S. 33
 - 2.3.2. Herz- und Kreislaufpatienten S. 33
 - 2.3.3. Arthrose-Patienten S. 36
 - 2.3.4. Hautpatienten S. 36
 - 2.3.5. Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung S. 37
 - 2.3.6. Zusammenfassung S. 38
 - 2.4. Häufigkeiten von Haupt- und Zusatzdiagnosen S. 39
 - 2.4.1. Klinische Krankheitsbilder der Hauptdiagnosen S. 39
 - 2.4.2. Klinische Krankheitsbilder der Zusatzdiagnosen S. 43
 - 2.4.3. Überlappungen von Hauptdiagnosen S. 45
 - 2.5. Beschreibung der soziodemographischen Struktur der Stichprobe S. 46
 - 2.5.1. Alters- und Geschlechtsstruktur S. 46
 - 2.5.2. Weitere soziodemographische Variablen S. 49

- 3. Die Faktorenanalyse S. 51
 - 3.1. Zur inneren Validität der Faktorenstruktur S. 52
 - 3.2. Zur äußeren Validität der Faktorenstruktur S. 53
 - 4. Entwicklung des SCOPE- Fragebogeninstruments S. 54
 - 4.1. Einkalierung zusätzlicher Items S. 57
 - 4.1.1. Einkalierung der "Streß"-Items S. 58
 - 4.1.2. Einkalierung der Items zur "Sozialen Kompetenz" S. 59
 - 4.2. Einführung zusätzlicher "Streß"-Faktoren S. 60
 - 4.3. Beschreibung der Primärfaktoren S. 63
 - 4.3.1. Primärfaktoren zu "Streßreaktionen und -bewältigung" S. 64
 - 4.3.2. Zusätzliche STR-Primärfaktoren S. 72
 - 4.3.3. Primärfaktoren zur "Sozialen Kompetenz" S. 75
 - 5. Die "SCOPE"-Faktorenstruktur S. 82
 - 5.1. Beschreibung der Sekundärfaktoren S. 84
 - 5.1.1. Sekundärfaktoren des Bereiches "Erfolgsorientierung" S. 84
 - 5.1.2. Sekundärfaktoren des Bereiches "Streß" S. 87
 - 5.1.3. Sekundärfaktoren des Bereiches "Zurückhaltung" S. 90
 - 5.2. Vergleich der Sekundärfaktoren zwischen Normal- und Patientengruppe S. 92
 - 5.2.1. "Erfolgssstreben" S. 95
 - 5.2.2. "Besonnenheit" S. 97
 - 5.2.3. "Selbstbestimmung" 99
 - 5.2.4. "Soziale Kompetenz" S. 100
 - 5.2.5. "Emotionale Kontrolle" S. 102
 - 5.2.6. "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrung" S. 104
 - 5.2.7. "Soziales Desinteresse" S. 108
 - 5.2.8. "Soziale Inkompetenz" S. 110
 - 5.2.9. "Konfliktvermeidung" S. 111
 - 5.2.10. Zusammenfassung des Stichprobenvergleichs S. 112
 - 5.2.11. Abweichende Faktoren der Normalgruppe S. 113
 - 5.2.11.1. "Soziale Führung" S. 115
 - 5.2.11.2. "Interesse wecken" S. 117
 - 5.3. Eigenwerte und erklärte Varianzen der SCOPE-Faktoren S. 118

6. Faktorenanalyse der Kriterien S. 120
 - 6.1. Lebenszufriedenheit S. 120
 - 6.2. Lebensqualität S. 122
 - 6.2.1. Faktorenanalyse "Lebensqualität" S. 122
 - 6.2.2. Summenwerte "Lebensqualität" S. 124
 - 6.3. "Lebensgewandtheit" S. 124
 - 6.4. "Lebensstil" S. 127
 - 6.5. "Beschwerden" S. 128
 - 6.6. Zusammenfassung S. 129
7. Interkorrelationen der Kriterien und Sekundärfaktoren S. 131
 - 7.1. Interkorrelationen der soziodemographischen Variablen S. 131
 - 7.2. Interkorrelationen der Sekundärfaktoren S. 135
 - 7.3. Interkorrelationen der Kriterien S. 140
 - 7.3.1. Lebensqualität und Lebenszufriedenheit S. 141
 - 7.3.2. Lebensqualität und Lebensgewandtheit S. 145
 - 7.3.3. Lebensstil und Lebensqualität S. 148
 - 7.3.3.1. Interkorrelation der Lebensqualität-Faktoren S. 150
 - 7.3.3.2. Interkorrelation der Lebensstil-Faktoren S. 150
 - 7.3.4. Lebensstil und Lebenszufriedenheit S. 152
 - 7.3.5. Lebensstil und Lebensgewandtheit S. 152
 - 7.3.6. Lebensstil und Beschwerden S. 155
 - 7.3.7. Beschwerden und Lebensqualität S. 155
 - 7.3.8. Beschwerden und Lebenszufriedenheit S. 157
 - 7.3.9. Beschwerden und Lebensgewandtheit S. 159
 - 7.3.10. Interkorrelationen der Angstbelastung S. 159
 - 7.4. Korrelationen der soziodemographischen Variablen mit den Sekundärfaktoren S. 163
 - 7.5. Korrelationen der soziodemographischen Variablen mit den Kriterien S. 166
 - 7.6. Korrelationen der Kriterien mit den Sekundärfaktoren S. 170
 - 7.7. Zusammenfassung der Kriterieninterkorrelationen S. 184
8. Varianzanalyse der Sekundärfaktoren S. 187
 - 8.1. Varianzanalyse der "Erfolgsorientierung" S. 190

- 8.2. Varianzanalyse des "Streß" S. 197
- 8.3. Varianzanalyse der "Zurückhaltung" S. 199
- 8.4. Zusammenfassung S. 204

- 9. Varianzanalysen der Kriterien S. 206
 - 9.1. Das "Typ-A"-Verhalten S. 207
 - 9.2. "Typ-A"-Verhalten und SCOPE-Faktoren S. 208
 - 9.3. Lebensqualität, Lebensgewandtheit und Lebenszufriedenheit S. 210
 - 9.4. Beschwerden und Tablettenkonsum S. 215
 - 9.5. Alkohol- und Nikotinkonsum S. 218

- 10. SCOPE-Profile der Patientengruppe S. 225
 - 10.1. Krebspatienten S. 226
 - 10.2. Herzpatienten S. 231
 - 10.3. Kreislauf- und Arthrosepatienten S. 237
 - 10.4. Hautpatienten S. 241
 - 10.5. Patienten mit vegetativer Erschöpfung S. 245
 - 10.6. Zusammenfassung S. 250

- 11. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse S. 254
 - 11.1. Diskussion der Verhaltensprofile von Patienten S. 254
 - 11.2. Die Messung primärer Belastungsstrukturen S. 260
 - 11.3. Diskussion der Normdaten von gesunden Personen S. 262
 - 11.4. Schlußbemerkungen S. 265

Anhang S. 267

Literaturverzeichnis S. 329

Einleitung

In der psychologischen Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, München, wird seit einigen Jahren das STRESA-Forschungsprojekt unter der Leitung von Prof. Brengelmann durchgeführt. Das Kürzel "STRESA" setzt sich aus den Begriffen "Streß" und "Angst" zusammen. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden bereits mehrere Untersuchungen mit verschiedenen Zielvorgaben durchgeführt.

Gegenwärtig sind eine Reihe von "STRESA"-Untersuchungen in Arbeit oder in Planung.

Diese Studien beschränken sich nicht auf eine einzelne Thematik, sondern heben auf verschiedene Anwendungsbereiche ab. Ein Teil der Untersuchungen wird im europäischen und überseeischen Ausland durchgeführt, um kulturelle Einflüsse auf die Ausprägungen einzelner Verhaltensdimensionen und ihrer Wechselbeziehungen erfassen und vergleichen zu können.

Bei der Konzeption des STRESA-Forschungsprojektes geht es

"erstens um eine diskrete Messung der differenzierbaren Streßreaktionen sowie der Bestimmung ihrer internen Struktur, und zweitens um eine Feststellung der Spezifität der Beziehungen zwischen Streß und Lebensproblemen verschiedener Art. Genauer gesagt wollen wir Streßauslöser, Streßreaktionen und Strategien der Bewältigung von Streß in einem stufenweisen Verfahren meßbar machen und ihre Korrelate in bezug auf alltägliche Lebensumstände, Verhaltensprobleme, Erkrankung und Persönlichkeit bestimmen".

(BRENGELMANN, 1980, S. 8/9).

Auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse wurde nun ein neuer Fragebogen konzipiert, u.a. zur Einschätzung von Streßbelastungen, bzw. von Streßreaktionen und Streßbewältigung. Der Begriff "Streß" ist dabei eher als Arbeitstitel zu verstehen, weil Streß hier nicht nur im Sinne der Alltagssprache gefaßt wird, also auf den Arbeits- und Leistungsbereich abzielt, sondern auch zahlreiche andere Lebensbereiche in die Untersuchung miteinschließt. Positive Aspekte der Lebensführung werden dabei in gleichem Maße berücksichtigt.

Die Fragebogenskalen, die hierbei als Meßinstrumente zur Anwendung kommen, wurden über mehrere Phasen hinweg entwickelt. Die innere und äußere Validität der einzelnen Items wurde dabei jeweils überprüft, alte Items wurden ausgesondert, modifiziert oder durch neu formulierte Items ergänzt.

Das Ergebnis dieser Entwicklungen ist der jetzige Fragebogen (genannt "SCOPE"; aus den Begriffen "Streß" und "Coping") mit 300 Items zum Bereich "Streßbelastung", der "Streßreaktionen", "Streßbewältigung" und "Soziale Kompetenz" umschließt.

In der vorliegenden Untersuchung wurden gesunde und somatisch erkrankte Personen mit diesem Fragebogeninstrument getestet. "Krebserkrankungen", die in hohem Maße infolge der Diagnosestellung Streß und Angst auslösen, "Herz- und Kreislauferkrankungen", denen der Literatur zufolge eher streßauslösende Verhaltensweisen zugrunde liegen, und "Hauterkrankungen", deren Beziehungen zu Streß und Angst eher vermutet denn erklärt werden, bilden die thematischen Schwerpunkte dieser Arbeit.

Es gilt zu prüfen, ob mit Hilfe des Fragebogens Verhaltensprofile der gesunden Personen von denjenigen erkrankter Personen abgegrenzt werden können (1. Arbeitsziel).

Es erscheint zweckmäßig, dazu Personen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern als Vergleichsgruppen heranzuziehen, um Wechselbeziehungen zwischen Streßbelastungen und Gesundheit

bzw. Krankheit vor dem Hintergrund verschiedener Lebensbedingungen überprüfen zu können. Neben den SCOPE-Items zu den Themenbereichen "Stressreaktionen und -bewältigung" und "Soziale Kompetenz" werden mit dem Fragebogeninstrument weitere Untersuchungsebenen erfaßt. Diese sind in Abb. 1 als "Kriterien" aufgelistet: Neben soziodemographischen Angaben gehören dazu Fragen zum Lebensstil, zur Lebensqualität, zur Lebensgewandtheit, zur Lebenszufriedenheit und zur Einschätzung der eigenen Gesundheit bzw. damit verbundener Risikofaktoren.

Zu allen Patienten liegen, neben den Fragebögen, die jeweiligen medizinischen Differentialdiagnosen der behandelnden Ärzte vor (vgl. Abb. 1, mittleres Feld).

Die Untersuchung der Patienten basiert somit auf zwei Vergleichsebenen: Erstens liegt die subjektive Belastungseinschätzung seitens der Patienten vor, zweitens als objektives bzw. objektivierbares Kriterium die Diagnose des betreuenden ärztlichen Personals.

Die Frage hinter dieser Untersuchungsanordnung ist: Gibt es erkennbare, quantitativ meßbare Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Belastungsstrukturen in verschiedenartigen Lebensbereichen. Mit Hilfe dieser Studie sollen zunächst Normdaten gewonnen werden, die diagnostischen Zwecken dienen und im Sinne einer weiteren Hypothesenbildung die Grundlage für experimentell kontrollierte Untersuchungen darstellen können (2. Arbeitsziel)

Die längerfristige Perspektive zielt darauf ab, aufgrund derartiger Ergebnisse die begleitende psychologische oder psychotherapeutische Betreuung bei verschiedenen Patientengruppen differenzierter anzusetzen, als das bisher möglich ist.

Ein weiteres Ziel der Studie besteht darin, das bei den Patienten beobachtete Verhaltensprofil den Personen der Normalstichprobe gegenüberzustellen und damit auch Aussagen

über die Integration unterschiedlicher Verhaltens- und Lebensbereiche bei gesunden Personen zu gewinnen. (3. Arbeitsziel)
 Im Laufe des zurückliegenden Jahres wurden mit Hilfe des Fragebogens etwa 800 Personen untersucht, 600 dieser Personen waren zum Zeitpunkt der Testung wegen unterschiedlicher Krankheiten in stationärer, klinischer Behandlung.
 Als Kontrollgruppe zu diesen Patienten wurde eine Stichprobe von über 200 gesunden Personen getestet.

Abb. 1. Untersuchungsebenen des Fragebogeninstruments

Soziodemographische Angaben _____	23 Items
Fragen zum Lebensstil _____	15 Items
Fragen zur Lebensqualität _____	24 Items
Fragen zur Lebensgewandtheit _____	25 Items
Fragen zur Lebenszufriedenheit _____	15 Items
Fragen zur Gesundheit _____	38 Items
Tablettenkonsum _____	7 Items
Beschwerden/Krankheiten _____	20 Items
Rauchen, Alkohol _____	11 Items
Medizinische Diagnose(n)	
Fragebogen zur Streßverarbeitung (SCOPE) _____	300 Items
zusätzliche Fragen _____	44 Items

1. Theoretische Ansätze der Streßforschung

Die wichtigsten Ansätze der Streßforschung sollen im folgenden skizziert werden. Der Bereich der Streßforschung ist so vielschichtig, insbesondere im Hinblick auf seine historische Entwicklung, daß ein einheitliches Streßkonzept nicht vorliegt (vgl. NITSCH, 1981).

Dies hat zur Folge, daß die begrifflichen Bestimmungen des Phänomens "Streß" je nach theoretischem Forschungsansatz breit gestreut sind. Die begrifflichen Fixierungen des Streßgeschehens orientieren sich an organischen, personenbezogenen oder sozialen Variablen.

Auch die Beziehungen dieser Variablen zueinander werden in Abhängigkeit von den Forschungsperspektiven unterschiedlich gewichtet.

Nach LAUX et VOSSEL (1982) können drei theoretische Definitionsansätze der Streßforschung abgegrenzt werden.

(1) Stimulus-geleitete Definitionen

Hierzu sind etwa das Gebiet der "life-event-Forschung" oder, als modifizierter theoretischer Ansatz, SPIELBERGERS "Trait-State-Anxiety"-Theorie zu rechnen.

(2) Reaktion-geleitete Definitionen

Die an physiologischen Prozessen orientierten Streßkonzepte lassen überwiegend reaktiongeleitete Definitionen zur Beschreibung des Streßgeschehens erkennen.

SELYE (1981) definiert "Streß" als einen Zustand, der die spezifische organismische Reaktion auf unspezifische Reize darstellt.

(3) Interaktion-geleitete Definitionen

Die Interaktion von Individuum und Situation steht im Mittelpunkt dieses Forschungsansatzes. Die Beziehungen zwischen Stimuli und Reaktionen, bzw. zwischen Umwelt und Person sind hier in ein Systemkonzept integriert, in dem

den beteiligten Personen aktive Bewertungs- oder Handlungsmöglichkeiten eingeräumt werden (vgl. LAZARUS & LAUNIER, 1981).

1.1. Stimulus-orientierte Forschungsansätze

Den Reizvariablen wird in Stimulus-orientierten Forschungsansätzen die wesentliche Bedeutung für die Entstehung von "Streß" eingeräumt.

Streßbelastungen werden hier vor allem in Lebensveränderungen gesehen, deren kumulierte Intensität das Erkrankungsrisiko einer Person erhöht (vgl. RAHE, 1981). Ziel dieses Forschungsansatzes ist es, Lebensveränderungen zu erfassen und mit dem Streß- oder Krankheitsgeschehen einer Person in Beziehung zu bringen.

1.1.1. Life-event -Forschung

Die Grundannahme der "Life --event"-Forschung besteht darin, daß einem Krankheitsausbruch eine überdurchschnittliche Belastung durch Lebensveränderungen vorausgeht (DORHRENWEND & DOHRENWEND, 1981).

Um einen Überblick zu geben, faßt KATSCHNIG die Merkmale der "Life-event"-Forschung in sechs Kategorien zusammen:

(1) Innerhalb eines bestimmten Zeitraums, z.B. einiger Monate, sollen Lebensveränderungen nicht in ihrer Abfolge untersucht, sondern in ihrer Vielzahl zu einem "globalen Maß" zusammengefaßt werden. Die Qualität einzelner Lebensveränderungen ist dabei weniger von Bedeutung als die quantifizierte Darstellung der Gesamtbelastung.

(2) Sogenannte "alltägliche Vorkommnisse" sind dabei von größerem Interesse als dramatische, herausragende Lebensveränderungen. Alltägliche Vorkommnisse stellen etwa Trennungen, familiäre Veränderungen (ausgelöst z.B. durch Geburt, Heirat oder Tod im verwandtschaftlichen Umfeld), oder Wohnungswechsel dar.

Derartige Vorkommnisse, so stellen DOHRENWEND & DOHRENWEND (1981) fest, liegen eher im Erwartungshorizont eines Menschen als Katastrophen, die unvorhersehbar eintreten. Dennoch resultieren auch alltägliche, erwartete Vorkommnisse in beträchtlichen Streßbelastungen.

(3) Das Interesse der Life-event-Forschung gilt den realen Lebenssituationen. Lebensänderungen können im Laborexperiment kaum nachvollzogen werden. Die Untersuchung realer Lebenssituationen bezieht sich auf Lebensereignisse, in die der Betroffene persönlich involviert ist. Die Grenzen dieses Umfeldes sind jedoch nicht eindeutig definiert, sie werden in verschiedenen Untersuchungen verschiedenartig festgelegt.

(4) Nicht die Beschreibung von sozialen Situationen, sondern die Quantifizierung der Situationsveränderungen ist das zentrale Anliegen der Life-event-Forschung.

(5) Unter "life-events" werden meist kurzfristige Auswirkungen von lebensverändernden Ereignissen erfaßt. Meist werden Zeitdimensionen von einigen Wochen bis Monaten untersucht, um sie auf ihre Relevanz für das beobachtete Streß- bzw. Krankheitsgeschehen hin zu überprüfen. Längerdauernde Prozesse etwa im Sinne der Entwicklungspsychologie (Wachstums- oder Alterungsprozesse) bleiben hierbei unberücksichtigt.

(6) Es wird in der Life-event-Forschung überprüft, ob infolge von Lebensveränderungen die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöht ist, nicht aber, worauf dies zurückzuführen sein könnte (vgl. KATSCHNIG, 1981, S. 17 ff.)

Beispiel:

Als Beispiel für ein derartiges Lebensereignis kann ein Wechsel des Wohnorts angesehen werden. FISCHER & FISCHER (1981, vgl. S. 139 ff.) weisen auf mehrere Belastungsdimensionen hin, die mit einem Wohnungswechsel verbunden sind. Ein Umzug erfordert die Umstellung kognitiver, emotionaler und behavioraler Umweltbeziehungen. In diesem Umgewöhnungsprozess können zahlreiche Störvariablen wirksam werden.

"Die Vielschichtigkeit und Langfristigkeit der mit einem Wohnortwechsel einhergehenden Veränderungen machen ihn zu einem Lebensereignis, dem Krisenhaftigkeit innewohnt" (a.a.O., S. 141)

An diesem Beispiel können auch die Kritikpunkte aufgezeigt werden, die gegen einen stimulus-orientierten Forschungsansatz wie den der Life-event-Forschung eingebracht werden.

Kritik:

Das globale Maß zur Erfassung der Gesamtbelastung, die von kritischen Lebensereignissen (Lebensveränderungen) ausgeht, läßt eine Beurteilung qualitativer Ereignisdimensionen nicht zu. Diese Sichtweise von Lebensveränderungen kann zu einer fehlerhaften Beurteilung des Streßgeschehens führen. Subjektive Ziele einer Person bleiben beispielsweise außer acht, und es ist denkbar, daß der Ausbleib einer erwünschten Veränderung zu größeren Streßbelastungen führt als der Vollzug der Lebensumstellung. Die Annahme, daß Lebensveränderungen stets gleichsinnig zu bewerten seien und sich in ihrer Wirkung kumulieren, ist unzureichend. Mit einem Wohnungswechsel, um bei diesem Beispiel zu bleiben, mögen Veränderungen in vielfältiger Hinsicht verbunden sein. Diese Veränderungen können aber für die Betroffenen unterschiedliche Qualitäten annehmen. Größerer oder angenehmerer Wohnraum, weniger Lärmbelästigung als am alten Wohnort, neue Freizeitmöglichkeiten in der Wohnumgebung, kürzere Anfahrtswege zum Arbeitsplatz oder zur Schule können positive Veränderungen darstellen, die im Falle einer beabsichtigten Umgebungsänderung vermutlich anders zu bewerten sind als etwa ein Umzug infolge von Trennung oder Tod einer nahestehenden Person. Eine weitere Kritik an der Life-event-Forschung gründet in der Notwendigkeit, bei der Einschätzung von kritischen Lebensereignissen oftmals auf die Aussagen der untersuchten Person zurückgreifen zu müssen. Das impliziert eine Selektion von Lebensereignissen, die von den Befragten - aufgrund ihrer Erinnerung oder ihrer Beurteilung - vorgefiltert wurden und deshalb nur einen Teil der scheinbar objektiven Lebensereignisse repräsentieren (vgl. LAZARUS & LAUNIER, 1981).

1.1.2. Die Trait-State-Anxiety -Theorie

Die Relativierung "objektiver" Stimuli durch personbezogene Variablen, sucht SPIELBERGER (1975, 1982) in der Konzeption der "Trait-State-Anxiety"-Theorie einzuführen. Streßverursachende Situationen werden von ihm als objektiv feststellbar begriffen (z.B. Gefahrensituationen), die aber durch variable Traitdimensionen (Persönlichkeitsdispositionen) zu unterschiedlichen Angst-erlebnissen der betroffenen Personen führen.

Angst wird hierbei sowohl im Sinne eines vorübergehenden emotionalen Zustandes (State) als auch im Sinne eines weitgehend stabilen Persönlichkeitsmerkmals (Trait) aufgefaßt. SPIELBERGER versucht mit diesem Ansatz zu prüfen, unter welchen Bedingungen bei Personen mit unterschiedlichen "Traits" (Angst-dispositionen) welche emotionalen Zustände ("States") beobachtet werden. Stabile und variable Merkmale der Persönlichkeit beeinflussen in der Vorstellung dieses Konzepts die Ausprägungen von objektiv gegebenen streßauslösenden Stimuli. Eine Interaktion zwischen Umwelt- und Personvariablen wird im Ansatz von SPIELBERGER nicht diskutiert, sondern die Beeinflussung wirk-samer Umweltvariablen durch Personvariablen.

1.2. Reaktionsorientierte Forschungsansätze

Reaktionsorientierte Definitionen zielen auf die Kennzeichnung der organismischen Vorgänge ab, die infolge von Reizen auftreten und das eigentliche Streßgeschehen darstellen. Im Gegensatz zur Beschreibung von "objektiven" Reizsituationen stehen hier "objektiv" messbare, meist physiologische Variablen des betroffenen Organismus im Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

1.2.1. Das "Allgemeine Adaptionssystron" von SELYE

SELYE (1981) verwendet den Begriff "Streß" zur Bezeichnung unspezifischer Reaktionen des Körpers auf Anforderungen verschiedenster Art. Diese Körperreaktionen stellen ein stereotypes Anpassungsmuster dar, um den Organismus in erhöhte Alarmbereitschaft und Aktivierung versetzt, um ihn z.B. für Kampf- und Fluchtreaktionen vorzubereiten (vgl. LEVI, 1981).

SELYE entdeckte in verschiedenen Experimenten (vgl. WITZMANN 1979) stets gleichförmige organische Reaktionen zur Abwehr mannigfaltiger Belastungen ohne Schädigungen des Körpers.

Diesen Befund nannte er das "allgemeine Adaptionssyndrom", das eine Abfolge mehrerer Reaktionszustände beschreibt. Die "Alarmreaktion" verursacht eine Mobilisierung der verfügbaren physischen und psychischen Energien zur Abwehr der Bedrohung und Schädigung.

In der zweiten Phase, der "Resistenz" wird diese Kräftemobilisierung aufrechterhalten, um einer andauernden Bedrohung oder Schädigung Widerstand zu leisten. Wenn diese Widerstandskräfte aufgebraucht sind, ohne daß zuvor die bestehende Gefahr beendet wurde, folgt die Phase der "Erschöpfung". Es kommt zum Zusammenbruch des Organismus bzw. zum Ausbruch einer Erkrankung, als Ausdruck eines gestörten organismischen Gleichgewichts. Das Adaptionssyndrom entspricht dem Bemühen des Körpers, das innere Gleichgewicht (Homöostase) zu erhalten.

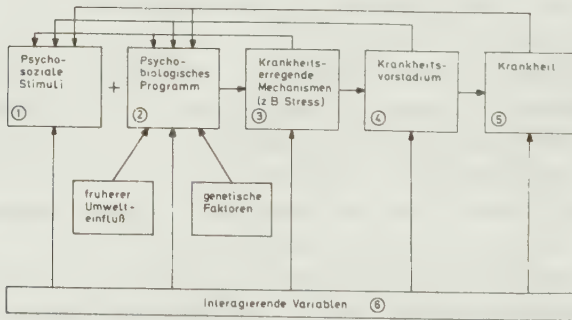
SELYE warnt wiederholt vor der Annahme, daß "Streß" nur als eine negative Erscheinung zu bewerten sei. Er unterscheidet zwischen den Begriffen "Eustreß", der als etwas Positives zu betrachten sei und mit erwünschten Folgen verbunden ist. "Distreß" hingegen beschreibt einen Zustand, der unerwünschten Folgen vorausgeht. (vgl. SELYE, 1981, S. 171). Die Streßreaktionen, die mit dem oben beschriebenen "allgemeinen Adaptionssyndrom" verknüpft sind und bei längerem Andauern eine schädigende körperliche Disbalance nach sich ziehen, sind dem Bereich des "Distreß" zuzurechnen.

Nach SHAFER (1982, S. 8 ff.) bedeutet erhöhter Streß für eine schon erkrankte Person, sich ständig im Grenzbereich der Resistenz zu befinden, unter der Gefahr, bei geringsten zusätzlichen Belastungen in den Zustand der Erschöpfung abkippen.

1.2.2. Psychosozial vermittelte Krankheiten nach LEVI

In einem Modell zur Genese psychosozial vermittelter Krankheiten versucht LEVI (1981) mehrere Ebenen in der Genese des Streßgeschehens zu berücksichtigen. Er verwendet in seinem Modell den SELYE'schen Streßbegriff. Aus diesem Grund kann sein Forschungsansatz als reaktionsorientiert bezeichnet werden. Darüber hinaus berücksichtigt LEVI mehrere Bedingungsvariablen, die dem Streß vorausgehen bzw. ihn mitverursachen, und ebenso mehrere Stadien der Erkrankung, die auf Streß folgen. Alle Stufen dieses Erkrankungsmodells sind in eine systemähnliche Wirkungskette integriert, in der zusätzliche, interagierende Variablen Einfluß auf den Krankheitsverlauf nehmen können.

Das theoretische Modell psychosozial vermittelter Krankheiten wird von LEVI (1981, S. 191) in folgender Abbildung veranschaulicht:



Theoretisches Modell psychosozial vermittelter Krankheiten

Unter psychosozialen Stimuli versteht LEVI diejenigen Reize, die "aus sozialen Beziehungen oder Konstellationen (d.h. aus der Umwelt)stammen, den Organismus über zentralnervöse Prozesse beeinflussen und unter gewissen Umständen bei bestimmten Personen Krankheiten verursachen können" (a.a.O., S. 189). Zusammen mit dem psychobiologischen Programm bestimmen diese Reize die psychischen und physiologischen Mechanismen eines Individuums, z.B. Streßreaktionen.

Das psychobiologische Programm beschreibt die Tendenz eines Organismus, Problemlösungen oder Adaptionen an Umweltgegebenheiten nach einem bestimmten Muster zu vollziehen. Das psychobiologische Programm eines Organismus ist durch genetische Faktoren durch frühere Umwelteinflüsse determiniert. Bei den krankheitserregenden Mechanismen handelt es sich um "durch psychosoziale Reize ausgelöste physiologische Reaktionen des Organismus, die bei bestimmter Intensität, Häufigkeit oder Dauer in An- oder Abwesenheit bestimmter interagierender Variablen zu Krankheitsvorstadien und schließlich zur Krankheit selbst führen können" (a.a.O., S. 189). "Streß" stellt einen dieser Mechanismen dar, die das Erkrankungsrisiko erhöhen.

Dem Ausbruch einer Krankheit geht ein Vorstadium voraus, in dem Funktionsstörungen in psychischen oder organischen Systemen zu beobachten sind, die jedoch erst nach längerem Andauern die Leistungsfähigkeit eines Individuums beeinträchtigen.

Krankheit stellt in diesem Modell "eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit aufgrund psychischer oder somatischer Funktionsstörungen" dar. "Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bedeutet Versagen bei der Aufgabenbewältigung". (a.a.O., S. 189/190).

Auf allen Ebenen dieses Modells können interagierende Variablen wirksam werden. Diese definiert LEVI als

"innere oder äußere, psychische oder somatische Faktoren, die die Wirkung der verursachenden Faktoren in Bezug auf Mechanismen, Krankheitsvorstadien oder Krankheit verändern. Mit 'verändern' meinen wir, daß sie den zur Krankheit führenden Prozeß entweder beschleunigen oder verzögern" (a.a.O., S. 190).

Der Prozeß psychosozial vermittelter Krankheiten stellt nicht eine lineare Wirkungskette dar, sondern ein Systemmodell mit Feedbackschleifen. Krankheitserregende Mechanismen (Streß), Krankheitsvorstadien oder Erkrankungen beeinflussen wiederum die Ausprägungen der psychosozialen Stimuli oder der psychobiologischen Programmmuster.

Das Systemkonzept LEVIs erweitert die unilinearen stimulus- oder reaktionsorientierten Streßkonzepte, da es die Integration verschiedener Variablen und deren Wechselbeziehungen abzubilden versucht.

1.2.3. Das "Diathese-Streß-Modell" nach DAVISON/NEALE

Das Diathese-Streß-Modell nach DAVISON & NEALE (1979) setzt an der Beobachtung an, daß manche Menschen "auf bestimmte Weise zusammenbrechen, wenn sie bestimmten Stressoren ausgesetzt werden, während andere noch schlimmere Traumata offensichtlich unbeschädigt überstehen" (a.a.O., S. 53).

Es gilt hierbei zu klären, warum manche Menschen

- a) auf bestimmte Streßsituationen empfindlich reagieren, und
- b) warum die Reaktion auf solche streßauslösenden Situationen bei einzelnen Menschen nach einem bestimmten Muster erfolgt, bei dem einzelne psychische oder organische Systeme besonders betroffen sind.

LEVI versucht, mit seinem Modell psychosozial vermittelter Krankheiten den prozessualen Ablauf von Erkrankungssequenzen zu beschreiben. DAVISON & NEALE suchen nach einem Erklärungszusammenhang zwischen physiologischen und Lern-Faktoren. Das Diathese-Streß-Modell zielt auf die Beschreibung von Interaktionen zwischen Prädispositionen zu einer Krankheit (Diathese) und den Umweltanforderungen, die auf einen Menschen einwirken (Streß) ab.

Unter "Diathese" wird grundsätzlich die konstitutionelle Prädisposition zu einer Krankheit verstanden. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, daß jede Tendenz oder Neigung einer Person, in spezifischer Weise auf Belastungen der Umwelt zu reagieren, als "Diathese" bezeichnet werden kann. Belastende Umwelt-Faktoren (Streß), die unterschiedlicher Art sein können, greifen nach diesem Modell am anfälligsten Glied im Organismus an, und führen so zur Erkrankung des Organismus.

1.3. Interaktionsorientierte Forschungsansätze

Die Entwicklung interaktionsorientierter Forschungsansätze ist aufgrund der Schwierigkeiten indiziert, die sich aus reiz- bzw. streßorientierten Definitionen des Streßgeschehens ergeben.

Reizorientierte Definitionen begreifen "Streß" im Sinne einer unabhängigen Variable, die an Situations-, Ereignis- oder Umweltmerkmalen operationalisiert wird (vgl. NITSCH, 1981, S. 42 ff.). Reaktionsorientierte Definitionen bestimmen Streß als abhängige Variable, die dann festgestellt wird, wenn auf vorausgehende Ereignisse ein bestimmtes Reaktionmuster zu beobachten ist.

Reizorientierte Definitionen lassen organismische Variablen außer Betracht. Extreme, verschiedenartige oder auch gar keine Reaktionen eines Individuums werden aufgrund eines Reizes zu gleichartigen Streßreaktionen erklärt.

Reaktionsorientierte Ansätze lassen die Wahrscheinlichkeit unberücksichtigt, mit der Umweltreize das Auftreten von Streßreaktionen begünstigen. Die inhaltliche Kennzeichnung streßauslösender Reize wird vernachlässigt. Demzufolge können mit dieser Definitionsform keine differenzierten Wechselbeziehungen zwischen variablen Umweltreizen und variablen Reaktionsformen untersucht werden.

In interaktionsorientierten Ansätzen wird Streß als Systemgeschehen (vgl. v. BERTALANFFY, 1968) aufgefaßt, in dem funktionale Beziehungen zwischen den untersuchten Systemelementen (Variablen) sichtbar werden. Streß ist in dieser Definitionsform nach NITSCH als ein Beziehungskonzept zu verstehen, das "bestimmte Anpassungsprobleme und -prozesse zwischen einem System und seiner Umwelt beschreibt. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt und die dabei auftretenden Störungen des Person-Umwelt-Gleichgewichts." (NITSCH, 1981, S. 47)

1.3.1. Das transaktionale Modell nach LAZARUS

Schädigung oder Verlust, als auch Bedrohung und Herausforderung bezeichnet LAZARUS (1981) als streßrelevante Beziehungen (vgl. BERGMANN, 1985, S. 11 ff.), die ein Individuum zu streßregulierenden Handlungen auffordern. "Herausforderung" zeichnet sich eher durch positive Gefühlsqualitäten aus. Verletzungen, Verlust oder Bedrohungen als Antizipation schädigender Einwirkungen zeichnen sich durch negative Gefühlsqualitäten aus. Dabei geht es LAZARUS nicht um die Operationalisierung der einzelnen Streßstimuli oder -reaktionen, sondern um den Prozeß der wechselseitigen Beziehungen und Wirkungskräfte von Umwelt und Person. LAZARUS formuliert dazu:

"Wenn es um Streß und Anpassung geht, wird eine Person mit einer bestimmten Ausstattung an Überzeugungen, Wertvorstellungen, Fertigkeiten und Bindungen mit einer solchen Situation konfrontiert. Um mit dem Leben fertig zu werden und um sich weiterentwickeln zu können, müssen endlos viele solcher Konfrontationen über die Lebensspanne hinweg von einer Person bewältigt werden. Wenn eine Person eine solche Konfrontation als niederschmetternd, bedrohlich oder herausfordernd wahrnimmt, entsteht das, was wir mit 'psychischem Streß' meinen; wenn sie diese als angenehm bewertet, hat dies in der Regel einen positiven Affekt zur Folge. Psychischer Streß gründet weder in der Situation noch in der Person, obschon er von beiden abhängt. Er entsteht vielmehr aus der Art, wie die Person die adaptive Beziehung einschätzt. Diese Beziehung läßt sich am besten als Transaktion bezeichnen" (a.a.O., S. 204)

LAZARUS unterscheidet zwischen dem "Streß"-Konzept und dem "Bewältigungs"-Konzept (vgl. a.a.O., S. 216 ff.). Streß stellt sich für ihn als ein universelles Phänomen dar, das im alltäglichen Leben nicht abzuweisen ist. Wichtiger als der auftretende Streß sind dessen Folgen. Die Konsequenzen des Streßgeschehens sind Resultat der jeweiligen Bewältigungsstrategien. Je nachdem, ob eine Situation durch das Handeln einer Person verändert werden kann oder aufgrund der Perspektive neu zu bewerten ist, gewinnt die Funktion des Bewältigungsverhaltens ihre streßreduzierende Relevanz:

"Bewältigungsprozesse besitzen...zwei Grundfunktionen, nämlich einmal die Verbesserung einer Situation, indem man seine eigenen Aktionen darauf einstellt oder die bedrohliche Situation selbst verändert, und zum zweiten in der Veränderung der physischen und erlebnismäßigen Komponenten der durch den Streß erzeugten Emotionen selbst, so daß sie unter Kontrolle bleiben und nicht das Wohlbefinden und soziale Funktionieren beeinträchtigen". (a.a.O., S. 216/217)

Die Bewältigung von Streß wird als dreistufiger, kognitiver Bewertungsprozeß dargestellt. In der ersten Stufe ("primary appraisal") erfolgt die Einschätzung der affektiven Bedeutung einer Situation. Wird die Umweltbeziehung von einer Person als bedrohlich erlebt, kommt es zur Überprüfung vorhandener Bewältigungsstrategien und der Bewertung erwarteter Effekte ("secondary appraisal"). Diese können sowohl konkrete Handlungskonsequenzen als auch kognitiv-emotionale Umbewertungen einer Situation einschließen. Nach erfolgreichem Bewältigungsversuch kommt es zu einer Neubewertung der ursprünglichen streßauslösenden Situation ("reappraisal"), die nun als gelöst gilt oder einen erneuten Bewältigungsversuch erfordert (Vgl. BERGMANN, 1985).

Beispiel:

Die konkrete Bedeutung kognitiver und emotionaler Faktoren für die Bewältigung ("Coping") schwieriger Situationen wird in einer Studie von DILL & FELD (1982) veranschaulicht.

Die Autoren betrachten "Coping" als Fähigkeiten, streßvolle Lebensereignisse zu regulieren oder ihnen wirkungsvoll zu begegnen. Sie führten in den USA eine Studie durch, um herauszufinden, wie Mütter in extrem schlechten Einkommensverhältnissen Probleme oder Notsituationen lösen.

DILL & FELD stellten bei diesen Frauen "außerordentliche Findigkeit", "Scharfsinnigkeit" und "Flexibilität" fest, aber auch die Fähigkeit, "belief-systems" zu entwickeln. Als Beispiel solcher kognitiver Haltungen ("belief-systems") nennen die Autoren folgende Äußerung: "Das ist nicht meine Zeit,...nächstes Jahr läuft besser" (vgl. a.a.O., S. 180/181). Das Forscherteam meint, daß bei den untersuchten Personen der Drang("urge") erkennbar wird, ihren Erfahrungen trotz alltäglicher Schwierigkeiten oder gar Notsituationen eine gewisse Konsistenz zu verleihen. Es war zu beobachten, daß diese Frauen nicht nur bemüht waren, augenblickliche Notsituationen zu lösen, sondern daß sie versuchten, gegenwärtigen Schwierigkeiten eine Bewertung in umfassenderen Lebensabschnitten beizumessen.

Nach LAZARUS (1981) zeichnen sich die effektivsten Formen der Bewältigung nicht unbedingt durch Realitätsnähe, sondern durch ihre Flexibilität aus (vgl. a.a.O., S. 216).

Wenn jemand auf die Entwicklung eines Ereignisses selbst keinen Einfluß nehmen kann, dann sei die Tolerierung der Situation oder gar die Flucht in die Selbsttäuschung eine angemessene, bisweilen optimale Reaktion. Nach den Beobachtungen von DILL & FELD sind jedoch Handlungsflexibilität und situativer Scharfsinn ("ingenuity") neben ("beneath") den erwähnten "belief-systems" zu beobachten. Die Studie

legt den Schluß nahe, daß handlungsablenkende kognitive Haltungen sich nicht ausschließen, sondern erst in ihrer wechselseitigen Ergänzung eine optimale Bewältigung darstellen. Die Handlungsfähigkeit und -verantwortung bleibt bestehen.

Kritik:

Die Kritik des transaktionalen Ansatzes setzt an der Zirkularität der Begriffe an (vgl. BERGMANN, 1985, S. 12). Reizvariablen lösen dann Bewältigungsreaktionen aus, wenn sie für das betroffene Individuum Schädigung, Verlust, Bedrohung oder Herausforderung signalisieren. Streßreaktionen werden beobachtet, wenn sie Konsequenzen eines Bewältigungsprozesses darstellen. Diese Beziehungsstruktur zwischen Situation, Bewältigung und Streß impliziert eine theoretisch nahezu beliebige Austauschbarkeit von Streßauslösern und Streßreaktionen. Alle beobachteten Variablen in diesem Geflecht können je nach Perspektive unterschiedliche Bewertungen im Streßgeschehen erfahren, so daß sie begrifflich-methodisch nur schwer voneinander abgrenzbar sind.

1.3.2. Zur Problematik von Coping-Konzepten

Trotz der Vielschichtigkeit des transaktionalen Ansatzes haftet auch ihm hinsichtlich seiner Interpretationsfähigkeit des Streßgeschehens eine gewisse Eindimensionalität an. Die berücksichtigten Variablen variieren in Abhängigkeit von kognitiv-emotionalen Bewältigungsstrategien, deren Effekt in der Lösung eines Problems oder in anhaltendem Streß besteht. Dieses Beziehungsgefüge erklärt jedoch nicht das Bedingungsgefüge, dem einzelne Faktoren gehorchen, wenn sie in variierendem Kontext zu anderen Faktoren vorgefunden werden.

Die Komplexität von Streßbegriffen führt BRENGELMANN vor, indem er zeigt, daß beispielsweise "Ärgerkontrolle" im Zusammenhang mit Erkrankung eine in sich mehrschichtige Bewältigungsform darstellt. Aufgrund vorausgehender Studien gelangt er zu dem Ergebnis, daß eine Krankheit umso negativer mit "Ärgerkontrolle" korreliert, je mehr diese Krankheit emotionell besetzt ist. Je emotionsfreier eine Krankheit vom Patienten erlebt wird, um so mehr korreliert "Ärgerkontrolle" positiv. Eine grundsätzliche Bewertung des Faktors "Ärgerkontrolle" im Sinne einer Bewältigungsstrategie ist damit nicht möglich. Ihre Bedeutung hängt ab von den Bedingungsvariablen, in deren Kontext sie integriert ist (vgl. BRENGELMANN et al., 1981, S. 77 - 80)

In reizorientierten Streßkonzepten wird die Frage nach der Bewältigung von Streß nicht expliziert. In reaktionsorientierten Streßkonzepten stellt die organische Gegenreaktion (z.B. das "allgemeine adaptive Syndrom" nach SEYLE) einen Bewältigungsversuch dar, dem streßauslösenden Einfluß zu begegnen.

1.4. Streß, Arbeit und Familie

Neben Persönlichkeitsdispositionen, auf die im nächsten Kapitel (1.5.) einzugehen sein wird, gelten Arbeit und Familie als die bedeutsamsten Generatoren von Streßbelastungen (vgl. Cooper, 1981). Im Alltagssprachlichen Sinne wird "Streß" oftmals als Synonym für widrige Arbeits- oder Leistungsbedingungen gebraucht. Welcher Art die Arbeitsbelastungen sind, wird nur selten spezifiziert. Auch die Verflechtungen des Streßgeschehens zwischen Arbeit, Familie und Freizeit bleiben häufig unbeachtet.

Die Persönlichkeit eines Individuums, seine Arbeitswelt und seine Familie werden von COOPER als die Hauptaspekte von Streß im Leben eines Menschen bezeichnet (a.a.O., S. 26). BRENGELMANN et al. (1981) faßt die Beziehungen, die sich aus dem Zusammenleben im beruflichen oder familiären Bereich ergeben, zusammen:

"Das Zusammenleben in Gruppen hat ohne Zweifel einen bestimmenden Einfluß auf das Verhalten und Befinden des einzelnen und umgekehrt. Dies gilt für Gruppen aller Art, sei es in der Arbeit, in der Freizeit oder auch in der Familie. Zweifellos führt die Interaktion in verschiedenartigen Gruppen zu unterschiedlichen Konsequenzen für das Verhalten ihrer Mitglieder. Im Arbeitsbereich sind die Formen der gegenseitigen Beeinflussung sicher anders als auf einer Ferieninsel in der Sonne. In der Familie werden die gegenseitigen Formen der Beeinflussung mit ihren Verhaltenskonsequenzen wieder andere sein. Diese Einflüsse wirken sich in der einen oder anderen Form nicht nur auf die gegenseitige soziale Anpassung aus, sondern auch auf das Wohlbefinden" (a.a.O., S. 40).

(1) Arbeit:

Arbeitsbedingungen und Arbeitsüberlastungen (z.B. Monotonie am Arbeitsplatz) und quantitative oder qualitative Überlastung gelten als Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten. COOPER (1981, S. 32 ff.) verweist u.a. auf die eine Studie von MARGOLIS, KROES & QUINN, die einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitsüberlastungen und Alkoholproblem, Abwesenheit von der Arbeit, niedriger Arbeitsmotivation und geringer Selbstachtung der untersuchten Personen feststellte. Auch Vorschläge gegenüber dem Arbeitgeber wurden seltener vorgebracht. Der Begriff der Arbeitsüberlastung ist dabei zu differenzieren. Zu viele Aufgaben bewältigen zu müssen bedeutet eine quantitative Überlastung, zu schwierige Aufgaben lösen zu müssen eine qualitative Überlastung. Beide Belastungsebenen überlagern sich, wenn etwa langwierige Lösungsprozesse einzelner schwieriger Aufgaben die Bearbeitung der Gesamtmenge verzögern und daraus zusätzlicher Arbeitsdruck resultiert. Streß im Arbeitsleben kann durch eine Reihe weiterer Faktoren

mitverursacht werden. Rollenunsicherheit, bedingt durch unklar definierte Arbeitsziele oder Ungewißheit über die Erwartungen der Kollegen an die eigene Arbeitskompetenz können in erhöhte Streßbelastungen münden. Gute Beziehungen zwischen Mitgliedern einer Arbeitsgruppe stellen nach COOPER & MARSHALL (1977) einen zentralen Faktor für die individuelle Gesundheit dar. Neben den Beziehungen zu Kollegen wurden gleichsinnige Zusammenhänge für die Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen beobachtet. (Vgl. COOPER, 1981, S. 37 ff.). Als Stressoren sind hingegen mangelnde Beteiligung an Entscheidungsprozessen, reduziertes Zugehörigkeitsgefühl zum Kreis der Kollegen und zum Betrieb, fehlende Kommunikationsmöglichkeiten und Einengung der Handlungsmöglichkeiten anzusehen.

(2) Familie:

Der Arbeitsprozeß wirkt sich auf die Gestaltung des familiären Lebens aus. Neben dem quantitativen Aspekt der Zeiteinteilung und der damit verbundenen begrenzten Möglichkeiten, sich dem Familiengeschehen zu widmen, wird die Familie oft als Refugium betrachtet oder gewünscht, um sich vom Druck des Arbeitslebens zu erholen. Probleme treten dann auf, wenn "Krisen oder Streß von einem System auf das andere übergreifen und es stören" (a.a.O., S. 41), wenn also familiäre Probleme das Arbeitsleben beeinträchtigen oder umgekehrt.

Einzelne Familienkonstellationen und daraus resultierende Belastungswahrscheinlichkeiten werden an dieser Stelle nicht diskutiert. Ein Profilmodell von Ehefrauen sei jedoch erwähnt, da es eine Reihe möglicher Beurteilungskriterien von Beziehungen zwischen Beruf und Familienleben aufzeigt. (vgl. a.a.O., S. 45).

COOPER & MARSHALL stellen die Zeitachse als Kontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft dar und setzen sie in Beziehung zu frühen Ehejahren, zu den Jahren der Kindererziehung und zu dem Zeitabschnitt, in dem die Kinder erwachsen und außer Haus sind.

Bezogen auf diese Lebensabschnitte diskutieren die Autoren unterschiedliche Rollenbeziehungen und -konflikte, die sich aus wechselnden Anforderungen der Hausfrauen- oder Berufstätigkeit ergeben. Im zweiten Schritt erörtern sie die sich bietenden Alternativen im jeweils nächsten Lebensabschnitt, und die Streßbelastungen im Zusammenhang mit variablen Entwicklungslinien. Persönlichkeitsdispositionen und Entwicklungsmöglichkeiten bestimmen in den benannten Lebensphasen den Grad an Lebenszufriedenheit bzw. an Spannung und Frustration (Streßbelastung).

1.5. Persönlichkeitsdispositionen und Krankheit

Reiz-, reaktions- und interaktionsorientierte Forschungsansätze sind um das Konzept der personorientierten Definition des Streßgeschehens zu erweitern, wenn es darum geht, zwischen Verhaltens- und Persönlichkeitsdispositionen und Erkrankungsrisiken Zusammenhänge aufzudecken.

Die Idee dieses Forschungsansatzes resultiert in dem Bemühen zu überprüfen, ob zwischen variablen Verhaltensmustern und variablen Krankheitsformen spezifische Zusammenhänge bestehen, deren Kenntnis diagnostisch oder therapeutisch genutzt werden kann.

1.5.1. Die Typ-A-Disposition

Die wohl bekannteste Beschreibung eines spezifischen Verhaltensmusters in Verbindung mit einer Krankheit ist das sogenannte Typ-A-Verhalten, mit dem FRIEDMAN & ROSEMAN (1977) die Lebensweise von Herzpatienten zu charakterisieren versuchten:

"Typ A Behavior Pattern is an action-emotion complex that can be observed in any person who is aggressively involved in a chronic, incessant struggle to achieve more and more in less and less time, and is required to do so, against the opposing efforts of other things or other persons" (a.a.O., S. 203).

Der ständige, aggressiv geführte Kampf, mehr und mehr in weniger Zeit zu erreichen und gegen alle Widerstände durchzusetzen, ist für das Verhalten von Personen bezeichnend, die einem hohen Risiko an Herzerkrankungen ausgesetzt sind.

SCHWARZER (1981) präzisiert die Beschreibung des Typ-A-Verhaltensmusters und faßt sie in folgenden Punkten zusammen:

"Das Typ-A-Verhaltensmuster ist gekennzeichnet durch:

- (1) Ein intensives Bedürfnis, selbstgesetzte aber unscharf definierte Ziele anzustreben,
- (2) eine Tendenz, mit anderen in Wettbewerb zu treten
- (3) eine besondere geistige und körperliche Handlungsbereitschaft,
- (4) ständiges Bedürfnis nach Anerkennung und Vorwärtkommen
- (5) eine Tendenz, die Ausführungen aller Handlungen zu beschleunigen,
- (6) eine ständige Involviertheit in unterschiedliche Aktivitäten unter Zeitdruck" (a.a.O., S. 37)

Dem Typ-A steht die Charakterisierung des Typ-B gegenüber:

"Während der A-Typ also ein hektisches und kämpferisches Leben führt, stellt der B-Typ das Gegenteil dar. Er ist besonnen und betont Lebensbedürfnisse, die weniger krankheitsfördernd sind". (ebenda)

Das Konkurrenzverhalten der Typ-A-Patienten ist häufig begleitet von großer Ungeduld, vom Gefühl, ständig unter Zeitdruck zu stehen. Explosives Sprechen, Muskelverspannungen sowie unterdrückte Feindseligkeiten gegenüber anderen Personen kennzeichnen den A-Typ (vgl. GOLDBAND, 1979). Zur Muße oder gar zum Müßiggang scheinen diese Patienten unfähig zu sein (vgl. STRIAN, 1983), dennoch erscheinen sie hoch empfindsam und in ihrem Bedürfnis nach Anerkennung leicht kränkbar und verletzlich.

1.5.2. Streßbelastung und Hypertonie

Essentielle Hypertonie ist eine Bluthochdruckkrankheit, deren Ätiologie nicht bekannt ist (vgl. SIEGENTHALER & WERNING, 1977). Als Krankheitsursache werden mehrere Faktoren wie Erbanlagen, Umweltbedingungen, psychische Veränderungen, aber auch neurogene oder hormonelle Veränderungen im Organismus vermutet (vgl. a.a.O., S. 1.235). Psychischen Faktoren wird eine gewisse Bedeutung für die Pathogenese der essentiellen Hypertonie zuerkannt. Der Einfluß psychischer Faktoren scheint jedoch eine untergeordnete Rolle zu spielen, wenngleich Streßreaktionen kurzfristige Blutdruckanstiege hervorrufen können und als aggravierender Faktor zu berücksichtigen sind.

STRIAN (1983) führt dazu aus:

"Während Angst als auslösendes Moment akuter Blutdruckerhöhungen und verstärkende Komponente bei schon manifester Hypertonie gesichert ist, werden Angst und psychosozialer Streß als primäre Ursache einer Hochdruckkrankheit kontrovers beurteilt. Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand scheint Angst bei essentieller Hypertonie somit eher als Folgeerscheinung denn als Erkrankungsursache eine Rolle zu spielen" (a.a.O., S. 269).

Für die Ätiologie der essentiellen Hypertonie sind keine Verhaltens- oder Persönlichkeitsdispositionen wie im Fall der Herzerkrankungen zu beobachten. WEYER & HODAPP (1979) berichten von erhöhter Neigung zur Hypertonie bei andauernder Arbeitsbelastung. Diese Feststellung bezieht sich jedoch nur auf die Beschreibung der Arbeitssituation (reizorientierte Definition), die keine Aussagen über psychische Korrelate im Verhalten der untersuchten Patienten zuläßt.

1.5.3. Ergänzende Anmerkungen

Die Typ-A-Verhaltensdimensionen werden in der vorliegenden Untersuchung durch mehrere Items erfaßt, die eine Messung von Verhaltensausrprägungen unabhängig von den Diagnosenstellungen der Patienten erlauben.

Mit Krebserkrankungen werden verschiedentlich Persönlichkeitsdispositionen in Zusammenhang gebracht (z.B. erhöhte Nachgiebigkeit, Freundlichkeit, Unterwürfigkeit etc., vgl. BAMMER, 1981). Diese Aussagen haben spekulativen Charakter, sie sind empirisch nicht kontrolliert.

Gleiches gilt für Untersuchungen bei Hautpatienten.

Auch in diesem Bereich mangelt es an kontrollierten Untersuchungen und Therapiestudien. Bisherige Arbeiten stützen sich in der Mehrzahl auf Analogieschlüsse, die aus Einzelfallstudien abgeleitet wurden, denn auf wissenschaftliche Experimente (vgl. SCHWARZ, 1986).

2. Beschreibung der Teststichprobe

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden mit dem SCOPE-Fragebogen insgesamt 788 Personen getestet. Die Gesamtstichprobe ist zunächst in die Normal- und die Patientengruppe untergliedert.

2.1. Erhebung der Normalstichprobe

Um Aussagen über das Verhalten von gesunden Personen zu gewinnen, wurde eine Normalstichprobe von 205 Personen erhoben. Soziodemographische Merkmale wurden nicht parallelisiert, da die Stichprobenerhebungen gleichzeitig stattfanden. Es wurde jedoch darauf geachtet, einen möglichst breit gestreuten Personenkreis aus unterschiedlichen beruflichen und sozialen Schichten zu erfassen. Dazu wurden die Mitarbeiter folgender Betriebe und Institutionen angesprochen:

- (1) Arbeiter und Angestellte der kaufmännischen und technischen Abteilungen des Süddeutschen Verlags (München)
- (2) Angestellte der Stadtverwaltung (Nürnberg)
- (3) Arbeiter eines Flaschnereibetriebs (Nürnberg)
- (4) Arbeiter eines Bauunternehmens (Schnelldorf/Mfr.)
- (5) Bewohner eines Altenheims (München)
- (6) Angestellte eines Krankenhauses (München)
- (7) Mitarbeiter eines Architekturbüros (München)
- (8) Landwirte und sonstige¹⁾

¹⁾ Bei der Normalstichprobe kommen z.T. Fragebögen von Angehörigen und Bekannten der in den oben genannten Betrieben angesprochenen Mitarbeiter hinzu.

2.2. Erhebung der Patientenstichprobe

Die Daten von Patienten der Hauptdiagnosegruppen "Krebs", "Herz- und Kreislauferkrankungen" und "Hauterkrankungen" wurden in insgesamt sechs Kliniken erhoben.

Zur Testung der insgesamt 583 Patienten arbeiteten folgende Kliniken mit:

- (1) Krebspatienten (n = 127): Bayerwald-Kurklinik in Cham/Opf.
Leitung Chefarzt Dr. Hilt

- (2) Herz- und Kreislaufpatienten:
sowie Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung
und Patienten mit Skeletterkrankungen (n = 319)¹⁾:
Fachklinik Salzetal
in Bad Salzuflen/Westfalen
Leitung: Prof. Dr. Köhler

Kurklinik Alte Mühle
in Bad Wildungen/Hessen
Leitung: Dr. Kienle

- (3) Hautpatienten (n = 101): Dermatologische Klinik
und Poliklinik/München und
Klinik für Dermatologie und Allergie
Davos/Schweiz
Leitung: Prof. Dr. Dr. Borelli
Psychosomatische Klinik Hochsauerland

¹⁾ Neben den 319 Patienten mit umschriebenen Krankheitsbildern nahmen in diesen Kliniken weitere 31 Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen an den Testungen teil. Sechs dieser Patienten wiesen Stoffwechselstörungen auf (Diabetes), bei den übrigen Patienten konnten aufgrund der variierenden Diagnosen keine sinnvollen Gruppeneinteilungen getroffen werden.

2.3. Gliederung der Diagnosegruppen

Bei einer Vielzahl von Patienten ist nicht nur das durch eine Hauptdiagnose bezeichnete Krankheitsbild zu beobachten. Oftmals leiden die Patienten an mehreren Krankheiten zugleich. Zu allen getesteten Patienten wurden von den behandelnden Ärzten die medizinischen Differentialdiagnosen mitgeteilt, so daß Art und Anzahl der gestellten Diagnosen berücksichtigt werden können.

Die Darstellung der einzelnen Diagnosekombinationen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden. Die Anzahl möglicher Kombinationen ist, würde man detaillierte Gruppierungen vornehmen, fast so groß wie die Anzahl von Patienten mit zwei oder mehr Diagnosen.

Deshalb wurde zur Differenzierung der Patientengruppen zunächst der Grad der Mehrfachbelastung durch Krankheiten als Einteilungskriterium (vgl. Abb. 2)

2.3.1 Krebpatienten

Bei den meisten Krebpatienten wurde keine Zweitdiagnose gestellt. Diese Patienten wurden in eine Gruppe zusammengefaßt (n = 115).

Bei 17 Krebpatienten wurden mehrere Diagnosen gestellt. Die Zusatzdiagnosen sind unterschiedlicher Art (z.B. "Pyelonephritis") "Glaukom" etc., so daß sie für die vorliegende Studie nicht weiter differenziert werden. Diese 17 Patienten sind in der Gruppe "Krebs mit Mehrfachbelastung" zusammengefaßt. Art und Anzahl der Mehrfachbelastungen werden nicht spezifiziert.

2.3.2. Herz- und Kreislaufpatienten

Bei den Herzpatienten handelt es sich um Personen mit

- Myokardinfarkt
- koronarer Herzerkrankung, hinzu treten einige Fälle mit
- Herzaneurysmen oder -sklerosen.

Gesamt: 788
Gesunde: 205

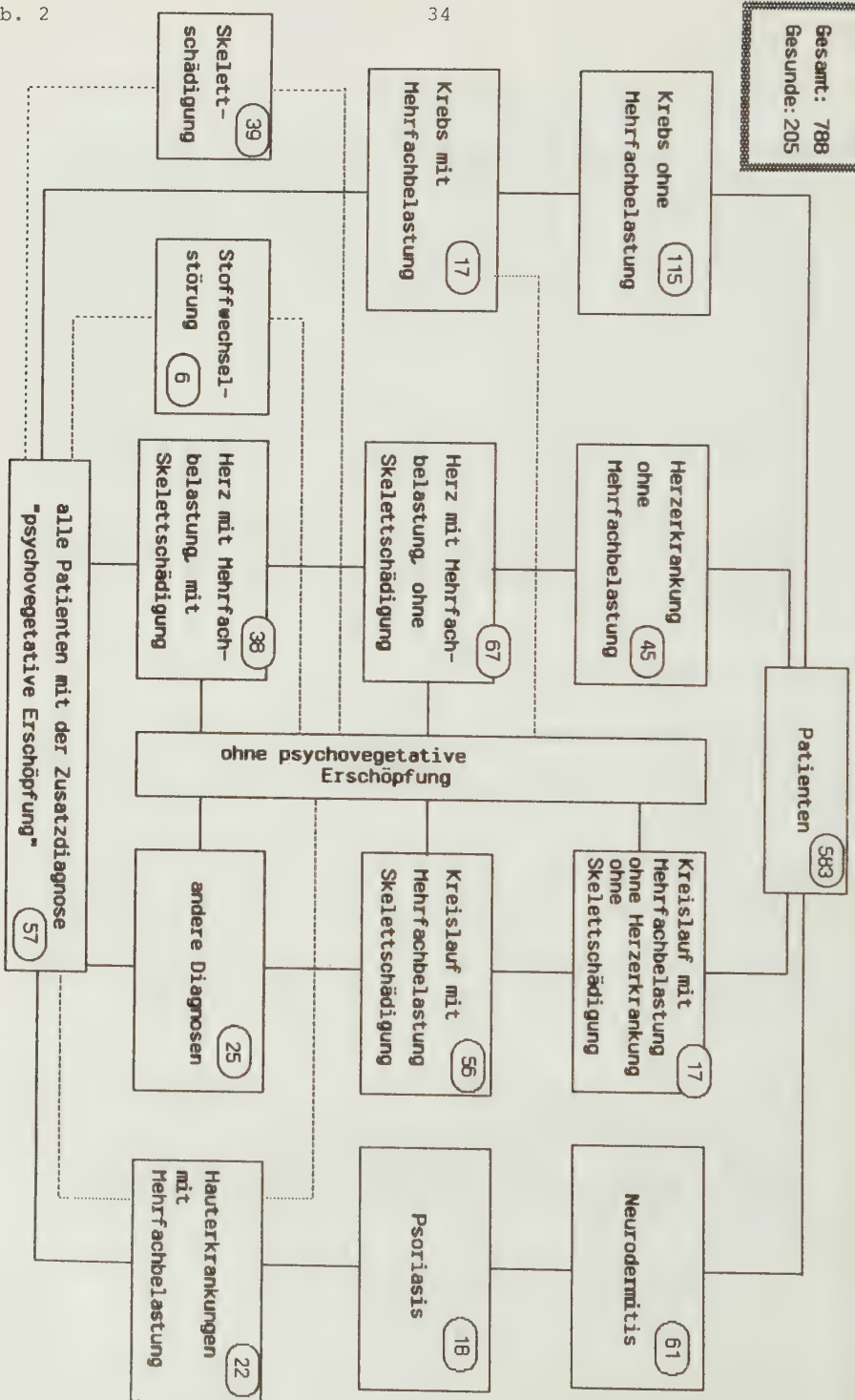


Abb. 2

Bei 45 der getesteten Herzpatienten wurde, laut ärztlichem Bericht, keine weitere Diagnose festgestellt. Bei insgesamt 105 Patienten kamen andere Krankheiten zur Herzsymptomatik hinzu. Es handelt sich dabei oftmals um Bluthochdruck und Stoffwechselstörungen, die mit der Herz- bzw. Gefäßerkrankung in Zusammenhang stehen, etwa Hyperlipidämie oder Hypercholesterinämie.

Ein Großteil der Herzpatienten zeigt Mehrfachbelastungen, die Streubreite zusätzlicher Diagnosen ist sehr groß. Neben den nicht systematisierten Mehrfachbelastungen wurden Skeletterkrankungen (Arthrosen) als Zusatzdiagnosen so häufig festgestellt, daß sie gesondert als Diagnosesubgruppe zusammengefaßt wurden.

Die relativ große Anzahl von Herzpatienten mit zusätzlichen Arthrosen macht eine vergleichende Abgrenzung der Patienten unter statistischen Überlegungen sinnvoll.

Aber auch von der Phänomenologie des Krankheitsbildes her betrachtet erscheint diese Differenzierung diskussionswürdig. Die zum Teil massiven Beeinträchtigungen der Bewegungsfreiheit im Falle einer Arthrose, die damit verbundenen Erschwerisse im alltäglichen Leben müssen u.U. als zusätzlicher Belastungsfaktor eingestuft werden. Um dies überprüfen zu können, wurden Herzpatienten mit Mehrfachbelastungen in zwei Gruppen eingeteilt:

Zur ersten Gruppe werden die Herzpatienten mit einer bzw. mehreren Zusatzdiagnosen gerechnet, die keine nennenswerte Skelettschädigung aufweisen. In der zweiten Gruppe wurden diejenigen Herzpatienten mit Mehrfachbelastung zusammengefaßt, die, neben vergleichbaren anderen Diagnosen und Diagnosehäufigkeiten, zusätzlich eine behandlungsbedürftige Funktionseinschränkung am Skelett aufweisen.

Die Herzpatienten sind damit in drei Subgruppen untergliedert, die einen ansteigenden Grad an Mehrfachbelastungen kennzeichnen:

- (1) Herzpatienten ohne Mehrfachbelastung (n = 45)
- (2) Herzpatienten mit Mehrfachbelastung, jedoch ohne Skeletterkrankungen (n = 67)
- (3) Herzpatienten mit Mehrfachbelastungen und zusätzlichen Skeletterkrankungen (n = 38).

73 der untersuchten Patienten leiden an Bluthochdruck, ein Herzleiden zu haben. Diese Patienten hatten neben ihrer Kreislaufsymptomatik andere Zusatzdiagnosen, vergleichbar denen der Herzpatienten mit Mehrfachbelastungen. Deshalb wurden hier analog zu den Herzpatienten zwei weitere Subgruppen gebildet:

- (4) Hypertonie-Patienten mit Mehrfachbelastung (n = 17) und
- (5) Hypertonie-Patienten mit Mehrfachbelastung und zusätzlichen Arthrosen (n = 56).

2.3.3. Arthrose-Patienten

Wegen der häufig beobachteten Arthrosen bei Herz- und Kreislaufpatienten wurden im Rahmen der Testung zusätzlich Patienten untersucht, bei denen die Symptomatik der Skeletterkrankungen im Vordergrund steht, und bei denen keine Herz- oder Kreislauf-erkrankungen diagnostiziert wurden.

Das ist notwendig, um den Belastungseffekt einschätzen zu können, den eine Skeletterkrankung als primäre organische Beeinträchtigung verursacht.

Die Stichprobe von Patienten mit Arthrosen (n = 39) wurde erhoben, um Vergleichsdaten zu Herz- bzw. Kreislaufpatienten zu gewinnen.

2.3.4. Hautpatienten

Die Erkrankungen der Hautpatienten wurden nach zwei Kriterien differenziert:

Zunächst wurde, wie bei den Patienten der anderen Diagnosegruppen, geprüft, ob eine Mehrfachdiagnose vorliegt. Im zweiten Schritt wurden die getesteten Hautpatienten nach den Diagnosen

"Neurodermitis" bzw. "Psoriasis" gruppiert. Neurodermitiker und Psoriatiker bildeten die Zielgruppen der Hautpatienten. Es zeigte sich, daß die untersuchten Hautpatienten mit Mehrfachbelastungen meist Neurodermitiker waren, die zusätzlich an Asthma litten. Diese Patienten wurden in einer Gruppe "Hautpatienten mit Mehrfachbelastungen" zusammengefaßt.

Aus dieser Vorgehensweise resultieren drei Subgruppen von Hautpatienten:

- (1) Neurodermitiker (ohne Mehrfachbelastung, n = 61)
- (2) Psoriatiker (ohne Mehrfachbelastung, n = 18)
- (3) Hautpatienten mit Mehrfachbelastungen (n = 22)

2.3.5. Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung

Bei einem Teil der Patienten wurde seitens der behandelnden Ärzte die Zusatzdiagnose "Psychovegetative Erschöpfung" gestellt. Diese Patienten weisen neben anderen, organisch begründeten Diagnosen zusätzlich funktionelle Störungen auf. Psychovegetative Erschöpfung äußert sich vor allem in Schlafstörungen, Nervosität, Konzentrations- und Leistungsstörungen, funktionelle Störungen sind jedoch nicht immer eindeutig bestimmbar.

Alle Patienten mit der Zusatzdiagnose "psychovegetative Erschöpfung" wurden aus den anderen Diagnosesubgruppen herausgenommen und in einer Diagnosekategorie (n = 57) zusammengefaßt. Die Linien in Abb. 1 verdeutlichen die Beziehungen zwischen dieser und den anderen Diagnosegruppen: Wurde bei einem Patienten die Zusatzdiagnose "psychovegetative Erschöpfung" gestellt, dann wurde er dieser Kategorie unabhängig von seinen anderen Diagnosen zugeordnet. Patienten ohne diese Zusatzdiagnose "psychovegetative Erschöpfung" wurden nach dem oben beschriebenen Diagnoseraster in Subgruppen untergliedert.

Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung wurden vor allem im Umfeld der Herz-, Kreislauf- und Skeletterkrankungen beobachtet. Auch bei vier Krebs- und einem Hautpatienten

wurden funktionelle Störungen festgestellt. In 17 Fällen weisen die Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung Herzleiden auf, die übrigen Diagnosen stehen im Kontext zu Kreislauf- und Skeletterkrankungen. Wegen der Streuung der Hauptdiagnosen und unterschiedlichen weiteren Mehrfachbelastungen wurden die Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung nicht in Diagnosesubgruppen unterteilt. Diese einzelnen Stichprobengrößen wären für einen sinnvollen Datenvergleich zu klein. "Funktionelle Störungen" (psychovegetative Erschöpfung) bilden bei diesen Patienten das gemeinsame diagnostische Merkmal, das anderen Diagnosegruppen gegenübergestellt wird.

2.3.6. Zusammenfassung:

Die Hauptdiagnosegruppen "Krebserkrankungen", "Herz- und Kreislauferkrankungen" und "Hauterkrankungen" wurden in insgesamt zehn Subgruppen unterteilt. Dies erschien notwendig, um den Abstraktionsgrad der einzelnen Diagnosegruppen zu reduzieren und den beobachteten Mehrfachbelastungen der Patienten Rechnung zu tragen.

Die Zuordnung eines Patienten zu einer der Subgruppen wird nach der Hauptdiagnose sowie dem Grad der Mehrfachbelastung entschieden. Die Krebs- und Kreislaufpatienten wurden in je zwei, die Herz- und Hautpatienten in je drei Subgruppen unterteilt. Darüber hinaus wurde den an Arthrose erkrankten Herz- und Kreislaufpatienten eine Gruppe von Arthrose-Patienten gegenübergestellt. Skeletterkrankungen, die nicht zusammen mit Herz- und Kreislaufleiden auftreten, sollen hinsichtlich des zu beobachtenden Belastungsprofils mit anderen Diagnosegruppen verglichen werden.

Patienten mit funktionellen Störungen wurden aus den Diagnose-Subgruppen herausgenommen und in einer eigenen Diagnosekategorie "Psychovegetative Erschöpfung" zusammengefaßt. Funktionelle Störungen wurden bei Patienten aller Hauptdiagnosegruppen beobachtet.

An den Testungen nahmen ferner 34 Patienten teil, die keiner der oben beschriebenen Diagnosekategorien zugeordnet werden konnten. Sechs dieser Patienten litten u.a. an Diabetes und wurden unter der Überschrift "Stoffwechselstörungen" von den übrigen Patienten abgegrenzt.

2.4. Häufigkeiten von Haupt- und Zusatzdiagnosen

Neben den Hauptdiagnosegruppen "Krebs"-, "Herz- und Kreislauf-" bzw. "Hauterkrankungen" sowie den Diagnosegruppen "Arthrosen" und "Psychovegetative Erschöpfung" wurden bei einer Vielzahl der Patienten weitere Diagnosen gestellt. (vgl. Tab. 1) Die Anzahl der beobachteten Diagnosen wird in Tab. 2 ,getrennt nach männlichen und weiblichen Testpersonen wiedergegeben. Die Einzeldiagnosen sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nach Organbereichen zusammengefaßt. Zusammen mit den Personen der Normlgruppe nahmen insgesamt 406 Männer und 377 Frauen an der Testung teil¹⁾.

Die nach Geschlecht differenzierten Teilstichproben bilden die Grundlage zur Berechnung der relativen Häufigkeiten von Haupt- und Zusatzdiagnosen.

Die bei den Patienten registrierten Diagnosen wurden unabhängig von der Art oder Anzahl der Mehrfachbelastungen berücksichtigt. Die Summe der gestellten Diagnosen übersteigt die Anzahl der Testpersonen, da bei einzelnen Patienten mehrere Diagnosen zu unterschiedlichen Organbereichen vorliegen. Im folgenden werden zu jedem Organbereich die häufigsten Einzeldiagnosen genannt.

2.4.1. Klinische Krankheitsbilder der Hauptdiagnosen

In diesem Abschnitt geht es darum, die am häufigsten gestellten Einzeldiagnosen, die in Hauptdiagnosegruppen zusammengefaßt sind, vorzustellen.

¹⁾ Bei fünf Patienten fehlen die Angaben zur Geschlechtszuordnung. (vgl. Tab. 2)

Haupt- und Nebendiagnosen ¹

	<u>Gesamt</u>	
<u>Gesunde</u>	205	<u>25.9</u>
<u>Wirbelsyndrom/Arthrosen</u>	335	<u>42.5</u>
<u>Herz</u>	230	<u>29.2</u>
<u>Hirn</u>	29	<u>3.7</u>
<u>Kreislauf</u>	173	<u>22.0</u>
<u>Gefäßveränderungen</u>	68	<u>8.6</u>
<u>Vegetative Störungen</u>	69	<u>8.8</u>
<u>Stoffwechselstörungen</u>	269	<u>34.1</u>
<u>Magen-Darm-Trakt</u>	33	<u>4.2</u>
<u>Bauchorgane/Urogenitalbereich</u>	118	<u>15.0</u>
<u>Atmungsorgane</u>	50	<u>6.3</u>
<u>Haut</u>	111	<u>14.1</u>
<u>Krebs</u>	137	<u>17.4</u>
<u>Sonstige</u>	14	<u>1.8</u>
<u>Abusus</u>	7	<u>0.9</u>
<u>Operative Eingriffe</u>	44	<u>5.6</u>
<u>Anzahl d. berücksichtigten Fälle</u>	788	

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

¹ Die absoluten Zahlen geben die Häufigkeiten der registrierten Diagnosefälle wieder, ohne Art oder Anzahl von Überlappungen bei Mehrfachdiagnosen zu berücksichtigen. Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Diagnosestellungen im Verhältnis zur jeweils untersuchten, geschlechtsspezifischen Stichprobengröße.

Haupt- und Nebendiagnosen

1

	Männlich ²		Weiblich ²	
<u>Gesund</u>	90	<u>22.2</u>	115	<u>30.5</u>
<u>Wirbelsyndrom/Arthrosen</u>	204	<u>50.2</u>	131	<u>34.7</u>
<u>Herz</u>	177	<u>43.6</u>	51	<u>13.5</u>
<u>Hirn</u>	14	<u>3.5</u>	15	<u>4.0</u>
<u>Kreislauf</u>	105	<u>25.9</u>	67	<u>17.8</u>
<u>Gefäßveränderungen</u>	45	<u>11.1</u>	22	<u>5.8</u>
<u>Vegetative Störungen</u>	33	<u>8.1</u>	36	<u>9.6</u>
<u>Stoffwechselstörungen</u>	177	<u>43.6</u>	89	<u>23.6</u>
<u>Magen-Darm-Trakt</u>	23	<u>5.7</u>	10	<u>2.6</u>
<u>Bauchorgane/Urogenitalbereich</u>	72	<u>17.7</u>	46	<u>12.2</u>
<u>Atmungsorgane</u>	28	<u>6.9</u>	22	<u>5.8</u>
<u>Haut</u>	46	<u>11.3</u>	64	<u>17.0</u>
<u>Krebs</u>	48	<u>11.8</u>	89	<u>23.6</u>
<u>sonstige</u>	9	<u>2.2</u>	5	<u>1.3</u>
<u>Abusus</u>	6	<u>1.5</u>	1	<u>0.3</u>
<u>Operative Eingriffe</u>	17	<u>4.2</u>	25	<u>6.6</u>
<u>Anzahl der berücksichtigten Fälle: 788</u>	406		377	

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

1 Die absoluten Zahlen geben die Häufigkeit der registrierten Diagnosefälle wieder, ohne Art oder Anzahl von Überlappungen bei Mehrfachdiagnosen zu berücksichtigen. Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Diagnosestellungen im Verhältnis zur jeweils untersuchten, geschlechtsspezifischen Stichprobengröße.

2 Bei fehlenden Angaben zum Geschlecht (missings: n = 5) wurden die Diagnosen in Tab. 2 nicht berücksichtigt.

(1) Krebs:

Von Krebserkrankungen waren Frauen stärker betroffen als Männer. 23,6 % aller getesteten Frauen litten an Krebs, der Anteil der krebserkrankten Männer lag bei 11,8 %.

Die am häufigsten beobachteten Krebserkrankungen bildeten Mamma-Karzinome¹⁾ (32 Fälle), Sigma-Karzinome (11 Fälle) und Prostata-Hyperplasien (13 Fälle).

(2) Herz- und Kreislauf:

43,6 % aller getesteten Männer hatten ein Herzleiden, der Anteil der Frauen lag mit 13,5 % deutlich niedriger. Koronare Herzkrankheiten wurden in insgesamt 111 Fällen beobachtet, in 68 der untersuchten Fälle lag ein Myokardinfarkt vor. Andere Herzleiden wie Aneurysmen und Herzsklerosen traten seltener auf.

Auch bei den Kreislaufstörungen überwog die Anzahl der Männer mit 25,9 % gegenüber 17,8 % bei Frauen. Im Bereich der Kreislaufstörungen handelt es sich überwiegend um das Krankheitsbild der Hypertonie, in wenigen Fällen wurde eine "Kreislaufdystonie" (unregelmäßiger Blutdruck) diagnostiziert.

(3) Haut:

Der Anteil der Hautpatienten war bei den Frauen mit 17,0 % etwas größer als bei den Männern (11,3 %). Die Diagnosen der Hautpatienten sind durch die Stichprobenerhebungen bei Neurodermitikern und Psoriatikern festgelegt.

(4) Arthrosen:

Beim Krankheitsbild der Arthrosen überwogen die Männer (50,2 %) gegenüber den Frauen (34,7 %). "Hals", "Brust"- und "Lendenwirbelsyndrom" wurden in 219 Fällen festgestellt. Hinzu kommen vor allem "Poly-Arthrosen", die Anutzungserscheinungen der großen Gelenke bezeichnen.

¹⁾ Definitionen der internistischen Diagnosen sowie Angaben zur Ätiologie, Pathophysiologie, Epidemiologie und Morbidität der Krankheiten werden ausführlich in HORN-BOSTEL et al., 1977, Bd 1 - 4, diskutiert.

(5) Psychovegetative Erschöpfung:

Dieser Krankheitsbereich ist durch die Symptomatik von Schlafstörungen, Nervosität, Leistungs- und Konzentrationsstörungen charakterisiert. Frauen sind mit 9,6 % hiervon etwas häufiger betroffen als Männer (8,1 %).

2.4.2. Klinische Krankheitsbilder der Zusatzdiagnosen

Art und Anzahl der beobachteten Mehrfachdiagnosen streuen bei den einzelnen Patienten mitunter sehr stark. Neben den Hauptdiagnosen wurden eine Reihe weiterer, zusätzlicher Diagnosen gestellt.

Die Häufigkeiten der Zusatzdiagnosen sind, nach Organbereichen zusammengefaßt, in Tab. 2 dargestellt.

(1) Gehirn:

3,5 % der getesteten Männer und 4 % der Frauen zeigten Erkrankungen des Gehirns. Als häufigste Diagnosen wurden "Cerebrale Anfallsleiden" und "Apoplexien" genannt.

(2) Gefäße:

Erkrankungen der Blutgefäße wurden bei 11,1 % der Männer und bei 5,8 % der Frauen diagnostiziert. "Allgemeine Durchblutungsstörungen" und "Varicosis" bildeten die häufigsten Diagnosen.

(3) Stoffwechselstörungen:

Stoffwechselstörungen treten als Mehrfachbelastung insbesondere bei Männern auf (43,6 %), bei Frauen lag der Anteil an Stoffwechselstörungen mit 23,6 % fast um die Hälfte niedriger.

Unter den Stoffwechselstörungen wurden am häufigsten "Diabetes mellitus", "Hyperlipid-" und "Hypercholesterinämie", "Hyperurikämie" und Schilddrüsenfunktionsstörungen (z.B. "Hyperthyreose") festgestellt.

(4) Magen-Darm-Trakt:

Entzündliche Prozesse ("Gastritis") und Magengeschwüre bildeten die häufigsten Krankheitsbilder in diesem Organbereich, von denen Männer zu 5,7 % und Frauen zu 2,6 % betroffen waren.

(5) Bauchorgane/Urogenitalbereich:

In diesem Bereich wurden vor allem entzündliche Prozesse der abdominellen Organe, z.B. "Pankreatitis", "Pyelonephritis", "Cholezystitis" diagnostiziert, sowie durch Steinbildungen hervorgerufene Beschwerden ("Cholelithiasis", "Nephrolithiasis" "Blasensteine"). Erkrankungen dieser Art zeigten 17,7 % der Männer und 12,2 % der Frauen.

(6) Atmungsorgane:

"Asthma", "Bronchitis" und "Sinusitis" (chronifiziert) waren die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen im Bereich der Atmungsorgane, von denen Männer zu 6,9 % und Frauen zu 5,8 % betroffen waren.

(7) Abusus:

Bei einigen Männern (1,5 %) und einer Frau wurden Alkohol- bzw. Nikotinabusus festgestellt.

(8) Operative Eingriffe:

Bei 4,2 % der Männer und 6,6 % der Frauen wurden operative Eingriffe mitgeteilt die nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zur Behandlung der Hauptdiagnose standen. Als Beispiel ist die Strumektomie bei einer Patientin zu nennen, die sich zur Zeit der Testung wegen eines Mamma-Karzinoms in klinischer Behandlung befand. Als häufigste operative Eingriffe wurden "Strumektomien", "Nephrektomien", "Cholezystektomien" und "Prostataoperationen" genannt.

2.4.3. Überlappungen von Hauptdiagnosen

Für die statistische Auswertung ist die doppelte "Verrechnung" der Daten eines Patienten unzulässig. Jeder Patient ist einer Hauptdiagnosegruppe zuzuordnen. Bei einigen Patienten wurden Mehrfachdiagnosen festgestellt, die mehrere Hauptdiagnosen beinhalten. Für diese Fälle wurde eine Rangreihe der Diagnosen gebildet, um die Patienten einer der Hauptdiagnosen zuordnen zu können. Aufgrund der Rangreihe wurden Krebs- vor Herz- und diese vor Kreislauf- bzw. Hauterkrankungen beachtet (vgl. Tab. 3)

Tab. 3

Überlappung¹ der Hauptdiagnosen

	Krebs	Herz	Haut
Herz	6	-	-
Haut	0	1	-
Kreislauf	8	60	0

Rangreihe der Diagnosenzuordnung² bei Überlappungen der Hauptdiagnosen:

1. Krebs, 2. Herz, 3. Kreislauf;

¹ Bei einem Patienten wurden zugleich 3 Hauptdiagnosen gestellt: Koronare Herzerkrankung, Krebs und Hypertonie, der Patient wurde der Gruppe der Krebspatienten zugeordnet.

² Einschätzung der Belastungswahrscheinlichkeiten und Überlebensdauer bzw. Mortalitätsrate nach Diagnosestellung: HORNBOSTEL et al., BD. 1-4, Stuttgart 1977.

2.5. Beschreibung der soziodemographischen Struktur der Teststichprobe

Um ein umfassendes Bild der sozialen Struktur der Teststichproben zu erhalten, wurden 23 soziodemographische Variablen überprüft (vgl. Anhang, S. 268 - 288). Die Häufigkeitsverteilungen sind im folgenden für die Gesamtstichprobe, die Normal- und Patientenstichprobe sowie für alle Diagnose-Subgruppen getrennt aufgeschlüsselt. Für die Kennzeichnung der einzelnen Krankheitsbilder ist vor allem das Alter sowie das Geschlecht der Patienten von Interesse.

2.5.1. Alters- und Geschlechtsstruktur

Die Alters- und Geschlechtsverteilungen bei der Normal- bzw. den Patientenstichproben weichen in Abhängigkeit von den jeweiligen Diagnosekategorien z.T. erheblich voneinander ab (vgl. Tab. 4).

Das Durchschnittsalter der Normalgruppe liegt mit 37,2 Jahren gut zehn Jahre unter demjenigen der Patientengruppe (48,8 Jahre). Im Gegensatz zur Normalgruppe sind Männer in der Patientengruppe etwas häufiger vertreten.

Deutliche Abweichungen von diesen mittleren Werten fallen auf, wenn man die einzelnen Patienten- bzw. Diagnosegruppen vergleicht.

Bei den Krebspatienten waren es vor allem Frauen, die sich einer klinischen Nachbetreuung unterziehen mußten. Die meisten von ihnen sind in der Gruppe "Krebs ohne Mehrfachbelastung" zu finden, während der überwiegende Teil der untersuchten Männer zusätzliche Belastungen zur Krebserkrankung aufweist. Das durchschnittliche Alter liegt bei den beiden Gruppen etwa in der Mitte des 6. Lebensjahrzehnts.

Tab. 4. Alters- und Geschlechtsstrukturen¹⁾

	N	Alter			Geschl. % ♂
		$\bar{x}$	Streu- breite	SD	
Gesamtstichprobe	788	45.7	11-82	14.2	51.9
Normalpersonen	205	37.2	11-82	15.4	43.6
Patienten insgesamt	583	48.8	17-77	12.5	54.7
Krebs	115	55.4	26-77	10.2	27.8
Krebs (Mehrfachbelast.)	17	56.7	32-71	9.3	82.4
Herz (Infarkt/KHK)	45	50.1	22-65	7.4	91.1
Herz (Hfb/Arthrosen)	67	52.9	30-70	7.3	78.5
Herz (Mehrfachbelast.)	38	56.9	44-73	7.5	63.2
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	17	52.1	33-65	9.7	52.9
Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	56	51.8	32-63	6.6	62.5
Skeletterkrankungen	39	49.2	23-77	9.5	71.8
Neurodermitis	61	29.8	16-56	11.5	40.0
Psoriasis	18	44.5	24-66	15.3	50.0
Hauterkrankungen (Hfb)	22	37.4	18-63	14.5	40.9
Vegetative Erschöpfung	57	48.6	30-62	6.6	43.9
Stoffwechselstörungen	6	42.5	31-52	9.9	83.3
Andere Diagnosen	25	40.3	17-75	14.5	45.8

1) vgl. auch Anhang, S. 302

Die Herzpatienten, die in drei Gruppen gegliedert wurden, zeigen deutliche Unterschiede sowohl in der Altersstruktur als auch in der Geschlechtsverteilung.

Infarkt- oder Koronarpatienten ohne zusätzliche Diagnosestellung sind fast ausschließlich Männer, in einem durchschnittlichen Alter von etwa 50 Jahren.

Mit dem Grad der Mehrfachbelastungen steigt sowohl der Altersdurchschnitt als auch der Anteil der Frauen. Bei Herzpatienten mit Mehrfachbelastung und Arthrosen liegt das durchschnittliche Manifestationsalter der Erkrankung bei fast 57 Jahren. Die Männer bilden in dieser Gruppe noch immer den größeren Teil der Patienten aus, ihr Anteil ist aber gegenüber der ersten Herzgruppe um nahezu ein Drittel geringer.

Auch bei den Kreislauf- und Skeletterkrankungen überwiegen die Männer, insbesondere in den Gruppen "Skeletterkrankungen" (als Primärdiagnose) und "Hypertonie mit zusätzlichen Arthrosen". Das Durchschnittsalter der Kreislaufpatienten liegt bei etwa 52 Jahren.

Skeletterkrankungen sind, auf den Altersdurchschnitt der Patienten bezogen, noch vor Erreichen des 6. Lebensjahrs zehnts behandlungsbedürftig.

Patienten mit primär-organischer Skeletterkrankung gleichen damit sowohl im Hinblick auf ihre Alters- als auch Geschlechtsverteilung den Patienten mit Herzinfarkt bzw. koronarer Herzerkrankung.

Die untersuchten Hautpatienten sind im Vergleich zu den anderen Krankheitsgruppen sehr jung. Patienten mit Neurodermitis sind zum größeren Teil weiblich und im Durchschnitt noch keine dreißig Jahre alt. Die Psoriatiker sind im Altersdurchschnitt etwa Mitte vierzig. Die dritte Patientengruppe (Haut und Mehrfachbelastungen) liegt altersmäßig etwa dazwischen.

Unter den Patienten mit der Zusatzdiagnose "Psychovegetative Erschöpfung" sind Frauen etwas zahlreicher vertreten. Das durchschnittliche Alter dieser Patientengruppe liegt mit 48,6 Jahren eher im Bereich der Herz- und Arthrose-Patienten, bei denen keine zusätzlichen Mehrfachbelastungen festzustellen waren.

2.5.2. Weitere soziodemographische Variablen

Neben der Alters- und Geschlechtsstruktur der Testgruppen wurden Angaben zum sozialen Status (Bildung, Schicht, Einkommen etc.) erfragt, ebenso Angaben zur familiären Situation, zum Beruf, zur Religion, zum Lebensraum. Darüber hinaus wurden auch Angaben zu Führerschein, zu abgeschlossenen Versicherungen sowie zu Mitgliedschaften in Institutionen erhoben.

Tabelle 5 gibt einen Überblick zu den einzelnen soziodemographischen Variablen sowie zur Anzahl der jeweiligen Antwortalternativen (Skalen) wieder (vgl. Anhang/Fragebogen, S. 303 ff.)

Die Häufigkeitsverteilungen aller soziodemographischen Variablen, die zusätzlich zur Alters- und Geschlechtsstruktur der Teststichprobe erhoben wurden, sind im Anhang dargestellt (vgl. Anhang: Tab. 36 - 56)

Soweit sich diskussionswürdige Interkorrelationen der soziodemographischen Variablen bzw. Korrelationen mit anderen Kriterien der Datenerhebung ergeben, wird auf die Bedeutung der soziodemographischen Merkmale im weiteren Kontext der Untersuchung eingegangen.

Tab. 5

Soziodemographische Angaben ¹

* 1. Alter	(ohne Skalierung)
2. Geschlecht	(Skalen 1/2)
* 3. Höchster Schulabschluß	(Skalen: 1-7)
4. Religionszugehörigkeit	(Skalen: 1/2/3/4)
5. Religiosität	(Skalen: 1/2)
6. Familienstand	(Skalen: 1/2/3/4)
* 7. Dauer des Familienstandes	(Skalen: 0/1-5)
* 8. Dauer der Ehe	(Skalen: 0/1-5)
9. Zuletzt ausgeübter Beruf, bzw. derzeitiger Beruf	(Skalen: 1-8)
10. Derzeitige Tätigkeit	(Skalen: 1-9)
* 11. Dauer der Berufsunfähigkeit	(Skalen: 0/1-5)
* 12. Arbeitszeit pro Woche für den zuletzt ausgeübten Beruf	(Skalen: 0/1-6)
* 13. Nettoeinkommen des Haushaltes	(Skalen: 1-6)
14. Soziale Schicht	(Skalen: 1/2/3/4/5)
* 15. Anzahl der Personen pro Haushalt	(ohne Skalierung)
* 16. Anzahl der Kinder	(ohne Skalierung)
* 17. Größe des Wohnortes	(Skalen: 1-6)
* 18. Größe des Geburtsortes	(Skalen: 1-6)
19. Wohnung: Eigentum oder Miete	(Skalen: 1/2)
* 20. a, Zahl der Räume, ohne Küche und Bad	(ohne Skalierung)
b, Wohnfläche in qm	(ohne Skalierung)
21. Art des Führerscheins	(Skalen: 1/2/3/4/5)
22. Art abgeschlossener Versicherungen	(Skalen: 1-8)
23. Zugehörigkeit zu Vereinen, Verbänden oder Parteien	(Skalen: 1/2/3/4)

1)

Die mit einem Stern versehenen soziodemographischen Bereiche haben das statistische Niveau einer Ordinalskala, die einen Mittelwertvergleich der Daten zwischen den einzelnen Diagnosegruppen zuläßt. Die übrigen Bereiche liegen auf dem Nominalniveau, die soziodemographischen Daten werden mittels der absoluten und relativen Häufigkeiten ihres Auftretens gegenübergestellt.

3. Die Faktorenanalyse

Ziel der Faktorenanalyse ist es, umfangreiches Datenmaterial auf wenige unabhängige Faktoren zu reduzieren. REVENSTORF bezeichnet diese Methode als ein taxonomisches Verfahren, das mehrere alternative Begriffssysteme liefert, von denen eines hinsichtlich seines Erklärungswertes herangezogen wird, falls dessen Bedeutung vor dem Hintergrund einer anderen Beobachtungsebene festgestellt werden kann (vgl. REVENSTORF, 1976, S. 315).

Faktorenanalysen sind kaum zur Erklärung kausaler Beziehungen geeignet, ihre Brauchbarkeit zeichnet sich vielmehr durch die Ökonomie und die Interpretierbarkeit der gefundenen Faktorenstruktur aus. Ein Faktor repräsentiert die in mehreren untersuchten Variablen enthaltene gemeinsame Information. Die Bildung einer Faktorenstruktur soll deshalb dem Ökonomieprinzip dienen, d.h. jeder Faktor soll möglichst neue, durch einen anderen Faktor nicht repräsentierte Informationen aufnehmen. Die methodische Vorgehensweise ist entsprechend so zu wählen, daß wenige voneinander weitgehend unabhängige Faktoren resultieren (vgl. a.a.O., S. 35 ff.).

Durch Wiederholung der faktorenanalytischen Prozedur mit den zunächst gewonnenen Faktoren gewinnt man Faktoren höherer Ordnung, je nach Anzahl der faktorenanalytischen Operationen können dies Faktoren zweiter Ordnung, dann Faktoren dritter Ordnung sein, usw.

Solange die gewonnenen Faktoren oblique sind, d.h. nicht null miteinander korrelieren, kann dieses Verfahren fortgesetzt werden (vgl. a.a.O., S. 222).

Dabei ist stets die Richtung der Begriffsbildung zu beachten: von "unten" nach "oben", d.h. von Faktoren niedriger Ordnung zu Faktoren höherer Ordnung. REVENSTORF führt dazu aus:

"Faktoren sind zunächst hypothetische Variable, aus denen die beobachteten Merkmale (Ausgangsvariable) linear kombiniert werden können. Die Faktoren haben unabhängig von diesen Variablen keine inhaltliche Bedeutung. Ihre Bedeutung muß aus den Zusammenhängen der Faktoren mit den Ausgangsvariablen, genauer aus den Korrelationen (Faktorenstruktur) bestimmt werden". (a.a.O., S. 227)

Die Benennung der Variablen, die man auch als Etikettierung des Variablenbündels bezeichnen könnte, erfolgt nach denjenigen Variablen, mit denen der Faktor die höchsten Korrelationen aufweist.

3.1. Zur inneren Validität der Faktorenstruktur

Die innere Validität der SCOPE-Faktoren wurde durch wiederholte Itemanalysen überprüft und durch sukzessive Entwicklung und Kombination derjenigen Items erhöht, die hohe Korrelationen zu den eruierten Faktoren aufweisen.

Bei der Gewinnung von Faktoren sowie der Systematik zur internen Validierung von Streßbegriffen grenzt BRENGELMANN, (1980) drei mögliche Vorgehensweisen ab:

- a) zu Wissensinhalten eines Begriffes (z.B. Leistungsmotivation) werden Items formuliert, die nach wiederholten Analysen einen Faktor mit guter inhaltlicher Konsistenz und Trennschärfe ergeben. (a.a.O., S. 14 ff.).
- b) Interessant erscheinende Begriffe werden mit Hilfe von passenden Items zu Rationalfaktoren erhoben und gegenüber bestimmten Kriterien getestet. Die Bedeutung gesammelter Begriffe läßt sich mit diesem Verfahren schnell

abschätzen; es eignet sich zur gezielten Reduktion der Faktorenmenge.

- c) Items werden im Sinne von Prädiktoren oder Kriterien getestet. Bei wiederholt guten Ergebnissen werden sie als Faktoren herangezogen und die Bildung differenzierter Itemformulierungen weiter ausgebaut.

Bei der Entwicklung des SCOPE-Fragebogens wurden alle drei Verfahrensweisen kombiniert eingesetzt.

3.2. Zur äußeren Validität der Faktorenstruktur

Zur Testung der Aussagequalität von Streßbegriffen (SCOPE-Faktoren) wurden zusätzliche Kriterien zur Einschätzung weiterer Lebensbereiche ("Lebensqualität", "Lebensgewandtheit" etc.) nach gleichen Regeln entwickelt. (vgl. a.a.O., S. 16 ff.) Des weiteren wurden zur Prüfung dieser Kriterien-Faktoren ebenso wie der SCOPE-Faktoren zusätzliche Merkmale wie soziodemographische Variablen, gesundheitliche Risikofaktoren (Alkohol-, Nikotinkonsum) oder medizinische Diagnosen herangezogen.

Die unterschiedlichen Ebenen äußerer Kriterien ermöglichen eine mehrdimensionale externe Validierung der SCOPE-Faktoren.

4. Entwicklung des SCOPE-Fragebogeninstruments

Die Entwicklung des Fragebogens, der zur Untersuchung der oben vorgestellten Normalpersonen und Patientengruppen eingesetzt wurde, fand im Rahmen des "STRESA"-Forschungsprojekts über mehrere Phasen hinweg statt.

Während einer Reihe von Vorstudien wurden zum Bereich "Stressreaktionen und Stressbewältigung" ("SCOPE": eine Abkürzung der Begriffe STRESS= "S" und Coping = "COPE") insgesamt 30 Faktoren ermittelt. Die einem Faktor zugeordneten Fragebogenitems wurden im Verlauf der Fragebogenentwicklung hinsichtlich ihrer inneren und äußeren Validität wiederholt überprüft und zur Optimierung des Meßinstrumentes modifiziert oder durch neu formulierte Items ergänzt. Nach der gleichen Vorgehensweise wurden zum Bereich "Soziale Kompetenz" 20 Faktoren gebildet.

Nach HENRICH, (1985) lassen sich dazu drei Forschungsphasen unterscheiden:

In der ersten Phase wurden in mehreren getrennten Untersuchungen sowie auf der Basis unterschiedlicher Bezugsquellen (u.a. Literatur, Interviews, vorhandene Fragebögen, Lexika) Items oder Begriffe erfaßt, die auf die Beschreibung von Stressoren und Stress im Sinne von Belastungen und Belastungsreaktionen in unterschiedlichen Lebensbereichen abzielen.

"Hauptaugenmerk lag dabei auf den internen, persönlichen Aspekten der Belastung. Es ging um die Erfassung individueller Stressauslöser und darum, wie Menschen auf Belastung reagieren bzw. welche positiven oder negativen Strategien der Bewältigung sie einsetzen.

In der zweiten Phase wurden die ausgewählten Items gesunden und kranken Personen vorgelegt, in Therapieexperimenten eingesetzt und ihr Zusammenhang mit relevanten Stresskriterien und dem Behandlungserfolg bestimmt. Das Resultat dieser Phase war ein Fragebogen mit 45 Skalen und 450 Items.

Dieser Fragebogen wurde in einer dritten Phase über 3000 Personen, gesunden und kranken, in fünf Sprachbereichen (deutsch, englisch, französisch, spanisch und portugiesisch) vorgelegt. Wiederum wurde die externe und interne Validität der Items überprüft. In einer parallelen Untersuchung wurden Begriffe auf ihre Streßrelevanz geprüft, die in den 45 Skalen nicht enthalten waren, um den Fragebogen zu ergänzen. Ziel dieser Phase war erstens die Kreuzvalidierung und Erweiterung der erfaßten Inhalte und zweitens die Verkürzung der Einzelskalen, um die Zahl der Items und damit die Beantwortungszeit zu verringern". (HENRICH, 1985, S. 1 - 2¹⁾, vgl. BRENGELMANN, 1980).

Eine differenzierte Beschreibung aller Untersuchungsschritte in den einzelnen Phasen mit ihren jeweiligen Item- und Faktorenstrukturen, sowie deren Zwischenanalysen und Weiterentwicklungen wird derzeit von RÜHLMANN (1986) vorbereitet. Deshalb wird im Kontext der vorliegenden Untersuchung auf eine ausführliche Darstellung der Fragebogenentwicklung verzichtet und in diesem Zusammenhang auf die Arbeit von RÜHLMANN verwiesen. Im folgenden werden die Analysen der Items und Faktoren insoweit beschrieben, als sie zur Auswertung der mit dem jetzigen Fragebogeninstrument erfaßten Daten relevant sind.

Aus dem in der dritten Vorbereitungsphase erstellten Fragebogen gingen in die Konstruktion des jetzigen Fragebogens insgesamt 24 Faktoren mit je sechs Items zum Bereich "Streßreaktionen" und -"bewältigung" ("STR") und 20 Faktoren mit je sechs Items zum Bereich "Soziale Kompetenz" ("SOK") ein.

Die 24 (Streß)-Faktoren umfassen insgesamt 144 Items. Die Namen dieser Faktoren sind nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

¹⁾ Die Begriffe "Skalen" oder "Einzelskalen", von denen HENRICH spricht, werden im Kontext der vorliegenden Arbeit als "Faktoren" bezeichnet, d.h. diese Begriffe werden synonym verwendet.

STR-Faktoren:

1. Ärgerkontrolle
2. Besitzstreben
3. Entschlußkraft
4. Entspannungsfähigkeit
5. Erschöpfung
6. Gehör finden
7. Gewissenhaftigkeit
8. Konfliktlösungsfertigkeiten
9. Kummer und Sorgen
10. Leistungseinschränkung unter Druck
11. Leistungsorientierung
12. Muskelverspannung
13. Nicht abschalten können
14. Offenheit
15. Optimismus
16. Pessimismus
17. Private Freiheit
18. Psychisch bedingte Beschwerden
19. Reizbarkeit
20. Resignation
21. Schwierigkeiten im Leben
22. Selbstbestimmung
23. Selbstvertrauen
24. Verdrängung

Die Items der STR-Faktoren wurden im Fragebogen rotierend nacheinander angeordnet. Item Nr. 1 stellt das erste Item des Faktors "Besitzstreben" dar, usw., bis zum Item Nr. 24 als erstem Item des Faktors "Verdrängung". Das Item Nr. 25 ist dann das zweite Item des Faktors "Ärgerkontrolle", Item Nr. 26 das zweite Item des Faktors "Besitzstreben", usw. (vgl. im Anhang: "Streßreaktionen und Streßbewältigung", Item Nrn. 1 - 144). Entsprechend wurde mit den Faktoren des Bereiches "Soziale Kompetenz" verfahren. Ihre Namen lauten, alphabetisch geordnet:

SOK-Faktoren:

1. Ablehnung
2. Attraktivität
3. Aufmerksam zuhören
4. Desinteresse an Geselligkeit
5. Emotionale Zurückhaltung
6. Geselligkeit
7. Gesprächigkeit
8. Gesprächsbereitschaft
9. Kontaktfreude
10. Mangelnde Redegewandtheit
11. Mangelnde Überzeugungskraft
12. Organisationsfreude
13. Redehemmung
14. Schweigsamkeit
15. Schüchternheit

16. Sicheres Auftreten
17. Unsicherheit im Gespräch
18. Überzeugungskraft
19. Verbale Faszinationskraft
20. Wahrung der Privatsphäre

Die Items der "SOK"-Faktoren wurden im Fragebogen, analog den Items der "STR"-Faktoren, in systematisch rotierender Reihenfolge angeordnet. (Vgl. Anhang: "Streßreaktionen und Streßbewältigung", Items Nrn. 155 - 274, S. 320 ff.)

Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Untersuchung eine Reihe zusätzlicher Items¹⁾ zur Verbesserung der Fragebogenstruktur mitüberprüft und in die vorhandenen Faktoren eingeschaliert bzw. zu neuen Faktoren zusammengefaßt.

4.1. Einskalierung zusätzlicher Items

Sowohl für den Bereich der "Streßreaktionen" als auch dem Bereich der "Sozialen Kompetenz" wurden je zehn zusätzliche Items mitgetestet. Ihre Beziehungen zu den STR-bzw. SOK-Faktoren wurden auf der Grundlage von Produkt-Moment-Korrelationen errechnet²⁾. Eine Skalierung der zusätzlichen Items erfolgte demnach in drei Stufen:

- a) Zunächst wurden für alle zusätzlichen Items mit Hilfe einer Korrelationsmatrix die Korrelationswerte zu den einzelnen Faktoren ermittelt, dazu die jeweiligen Signifikanzniveaus (zweiseitig $< 0,1\%$; $< 1\%$; oder $< 5\%$ ³⁾.

1) Auswahlkriterien für zusätzliche Items Nrn 145 - 154 (STR), Nrn. 275 - 284 (SOK) und Nrn. 285 - 344 (STR/ Bildung zusätzlicher Faktoren): vgl. RÜHLMANN a.a.O.

2) Zur Berechnung der Produkt-Moment-Korrelationen vgl. REVENSTORF (1976); CLAUSS & EBNER (1972, S. 103 ff.).

3) Zur Berechnung der Signifikanz vgl. CLAUSS & EBNER, a.a.O., S. 172 ff.

- b) Im nächsten Schritt wurde überprüft, mit welchen Faktoren die einzelnen Items am stärksten korrelieren, und
- c) Je nach Höhe ihrer Korrelationen wurden die Items den STR- oder SOK-Faktoren zugeordnet, falls innerhalb eines Faktors ursprüngliche Items geringere Korrelationswerte zeigten.

Die schwächsten Originalitems, die aufgrund der Einskalierung zusätzlicher Items herausgefiltert wurden, bleiben bei der Auswertung der Daten unberücksichtigt. Die zusätzlichen Items bleiben unberücksichtigt, wenn ihre Produkt-Moment-Korrelationen unter denen der ursprünglich einem Faktor zugeordneten Originalitems liegen. Das Signifikanzniveau aller neu einskalierten Items ist zweiseitig $< 0,1\%$.

4.1.1. Einskalierung der "Streß"-Items

Dem Bereich der "Streßreaktionen und -bewältigung" wurden, im Anschluß an die 144 Originalitems der STR-Faktoren, im Fragebogen die Items Nrn. 145 bis 154 angefügt. Im Vergleich zu den Originalitems wiesen aufgrund der Produkt-Moment-Korrelationen neun der zehn zusätzlichen Items eine höhere Kovarianz zu den STR-Faktoren auf.

Die zusätzlichen Items wurden folgenden Faktoren zugeordnet (als Beschreibungskriterium dient die alphabetische Reihenfolge dieser Faktoren):

- (1) "Gewissenhaftigkeit": Einskaliierung des Items Nr. 146 ($r = .59$) anstelle des Items Nr. 55.
- (2) "Konfliktlösungsfertigkeiten": Einskaliierung des Items Nr. 145 ($r = .57$) anstelle des Items Nr. 56.
- (3) "Kummer und Sorgen": Einskaliierung des Items Nr. 150 ($r = .78$) anstelle des Items Nr. 9.
- (4) "Leistungsorientierung": Einskaliierung des Items Nr. 152 ($r = .70$) anstelle des Items Nr. 59.

- (5) "Offenheit": Einkalierung des Items Nr. 148 ($r = .60$)
anstelle des Items Nr. 38.
- (6) "Pessimismus": Einkalierung des Items Nr. 151 ($r = .66$)
anstelle des Items Nr. 64.
- (7) "Reizbarkeit": Einkalierung des Items Nr. 147 ($r = .65$)
anstelle des Items Nr. 115
- (8) "Selbstvertrauen": Einkalierung der Items Nrn. 149
($r = .62$) und 154 ($r = .70$) anstelle der Items Nrn. 47
und 119.

Zusammenfassung:

Von den Fragebogenitems Nr. 1 bis 154 zum Themenbereich "Stressreaktionen und -bewältigung" werden die Items Nrn. 9, 38, 47, 55, 56, 59, 64, 115, 119 und 153 für die weitere Itemanalyse und Datenauswertung nicht berücksichtigt. Hinsichtlich der Analyse ist der Fragebogen praktisch um die Anzahl dieser Items verkürzt.

4.1.2. Einkalierung der Items zur "Sozialen Kompetenz"

Die Originalitems der SOK-Faktoren umfassen im Fragebogen die Nrn. 155 bis 274. Diesem Bereich wurden die Items Nrn. 275 bis 284 angefügt. Auf der Basis der Produkt-Moment-Korrelationen wurden sieben dieser zusätzlichen Items den SOK-Faktoren zugeordnet. Im einzelnen, nach der alphabetischen Reihenfolge der SOK-Faktoren geordnet, waren dies:

- (1) "Ablehnung erfahren": Einkalierung des Items Nr. 276
($r = .54$) anstelle des Items Nr. 175.
- (2) "Attraktivität": Einkalierung des Items Nr. 277 ($r = .65$)
anstelle des Items Nr. 176.
- (3) "Kontaktfreude": Einkalierung des Items Nr. 283 ($r = .77$)
anstelle des Items Nr. 261.

- (4) "Mangelnde Überzeugungskraft": Einkalierung des Items Nr. 278 ($r = .65$) anstelle des Items Nr. 165.
- (5) "Schweigsamkeit": Einkalierung des Items Nr. 181 ($r = .68$) anstelle des Items Nr. 207.
- (6) "Schüchternheit": Einkalierung des Items Nr. 282 ($r = .74$) anstelle des Items Nr. 168.
- (7) "Unsicherheit im Gespräch": Einkalierung des Items Nr. 284 ($r = .72$) anstelle des Items Nr. 190.

Zusammenfassung:

Von den Fragebogenitems Nrn. 155 bis 284, die den Themenbereich der "Sozialen Kompetenz" beschreiben, werden die Items Nrn. 165, 168, 175, 190, 207, 261, 275, 279 und 280 analog zu den ausgesonderten "Streß"-Items für die Analyse der Daten nicht erfaßt. Der Fragebogen ist damit auch um die Anzahl dieser Items verkürzt zu betrachten, da sie sich im Sinne der SOK-Faktoren als relativ wenig aussagefähig erwiesen.

4.2. Einführung zusätzlicher "Streß"-Faktoren

Eine Reihe von Faktoren, die aufgrund vorausgehender Untersuchungen im thematischen Kontext der "Streßreaktionen und -bewältigung" zu sehen sind, wurden in die Konzeption des "SCOPE-Fragebogens" miteinbezogen.

Es handelt sich dabei um die Faktoren:

1. Abwesenheit von Ärger
2. Arbeitsbelastung
3. Genauigkeit
4. Morgenmüdigkeit
5. Schlafstörungen
6. Seelische Belastung, Druck

Diese Faktoren umfassen die Items Nr. 285 bis 344. Zwanzig Items beschreiben Dimensionen des "Typ-A"- Verhaltens (genauer, ehrgeiziger und gegenüber anderen Personen ungeduldiger Arbeitsstil vgl. COOPER, 1981, S. 71 ff.). Die "Typ-A"-Items wurden bereits

in früheren Planungsphasen des "STRESA"-Projektes entwickelt,¹⁾ jedoch nicht zu STR-Faktoren zusammengefaßt und nun - im Kontext der vorliegenden Untersuchung - einer Faktorenanalyse unterzogen. Die 20 "Typ-A"-Items wurden mit Varimax²⁾ rotiert. Das Resultat bildeten zwei, inhaltlich gut voneinander abgrenzbare Faktoren: "Arbeitsbelastung" und "Genauigkeit". Diese Faktoren wurden dann einer Itemanalyse unterzogen, um jeweils die sechs Items mit den besten Erklärungswerten im Sinne der Faktoren zu ermitteln (vgl. dazu die Item-Nrn. und "Alpha"-Werte in Kapitel 4.3.1.)

Die übrigen STR-Faktoren "Abwesenheit von Ärger", "Schlafstörungen", sowie "Morgenmüdigkeit" und "Seelische Belastung" mit jeweils zehn Originalitems (vgl. dazu KOHLI, 1986) wurden gleichfalls einer Itemanalyse unterzogen, um aus den einzelnen Itempools zu jedem Faktor die sechs mit den jeweils höchsten Interkorrelationen zu erhalten.

1)
Zur Problematik des Typ-A-Verhaltens merkt BRENGELMANN an:

"Ein Hauptproblem ist, daß Streßreaktionen, etwa vom Typ A, multidimensional sind und daß die vielen unterscheidbaren Aspekte nicht operationalisiert wurden. Man weiß also nicht, welcher Aspekt von Streß für welches psychologische oder psychosomatische Problem verantwortlich ist.

Das zweite Hauptproblem ist, daß dem Typ A in den USA eine sehr eingengegte Definition beigegeben wurde und er häufig als spezifisches Problem der Koronargefährdung bezeichnet wurde, was aller Wahrscheinlichkeit nach nicht der Fall ist.

Vielmehr muß man erwarten, daß der Typ A Beziehungen zu Problemen verschiedener Art aufweist." (BRENGELMANN, 1980, S. 8)

2)
Zur Methode der Varimax-Rotation der Faktoren vgl. REVENSTORF (1976, S. 230 ff.). Für die vorliegenden Faktorenanalysen wurde die Hauptkomponentenanalyse verwendet (a.a.O., S. 203 ff.).

Zusammenfassung:

Der "SCOPE"-Fragebogen enthält insgesamt 300 für die Auswertung der Daten relevante Items, 44 der im Fragebogen aufgeführten Items bleiben nach der beschriebenen Itemanalyse für die weitere Datenaufbereitung unberücksichtigt. Ziel dieser Maßnahme ist es, die inhaltliche Homogenität der gebildeten Faktoren zu steigern und damit das Fragebogeninstrument im Sinne der internen Validierung zu verbessern (vgl. BRENGELMANN, 1980, S. 14 ff.). Die daraus gebildeten Faktoren werden, gegliedert nach den Bereichen "Stressreaktionen und -bewältigung" und "Soziale Inkompetenz" im folgenden beschrieben.

4.3. Beschreibung der Primärfaktoren

Auf der Basis der beschriebenen Gesamtstichprobe von 788 Personen wurden alle 50 Faktoren mit ihren insgesamt 300 Items nochmals einer Itemanalyse unterzogen. Diese Faktoren werden als "Primärfaktoren" bezeichnet, sie beschreiben inhaltlich die wesentlichen, zusammengehörenden Informationen der einander zugeordneten Items. Die innere Konsistenz dieser zu einem Primärfaktor gruppierten Items wird jeweils durch den Cronbachschen Alpha-Wert¹⁾ gekennzeichnet.

1) Nach FAHRMEIR & HAMERLE (1984) wird bei der Alpha-Faktorenanalyse das Konzept der "Generalisierbarkeit" (a.a.O., S. 636) verwendet. Der Alpha-Koeffizient ist nach REVENSTORF definiert:

"als das Quadrat der Korrelation der empirisch aus vorliegenden Daten berechenbaren Faktorenwerte mit hypothetischen Faktorenwerten, die aus sämtlichen inhaltlich zusammengehörigen Tests berechnet würden, also aus dem Universum aller Tests mit den gemeinsamen Faktoren ..."
(REVENSTORF, 1976, S. 197).

Nur bei Alpha-Faktoren mit Eigenwert >1 sind Reliabilitäten >0 gegeben, auf diese bezieht sich sinnvollerweise die Alpha-Faktorenanalyse. (vgl. a.a.O., S. 198; zur Problematik von Eigenwerten vgl. GEIDER, ROGGE & SCHAAF, 1982, S. 51 ff.)

Die Itemanalyse hat zum Ziel, aus einer größeren Itemsammlung die Gruppe derjenigen Items herauszufiltern, die hoch mit dem Gesamtpunktwert korrelieren, und damit die erklärte Gesamtvarianz zu maximieren. (Zur Analyse der Homogenität vgl. HORST, 1971, S. 459). Die Alpha-Faktorenwerte der Items zeigen für jeden erhaltenen Primärfaktor den Grad seiner Generalisierbarkeit an.

Im folgenden sind die Primärfaktoren, gegliedert nach den Bereichen "Streßreaktionen und Streßbelastung" und "Soziale Kompetenz", in alphabetischer Reihenfolge geordnet. Für die Beschreibung der Primärfaktoren werden die Nummern der zugehörigen Items angegeben, die diese im Fragebogen (Anhang, S. 308 ff) einnehmen. Dort können die Formulierungen zu den einzelnen Items nachgeschlagen werden. Alle Items bieten die Antwortalternativen: "Stimmt gar nicht", "stimmt ein wenig", "stimmt weitgehend", "stimmt vollkommen".

4.3.1. Primärfaktoren zu "Streßreaktionen und - bewältigung"

(1) Ärgerkontrolle:

Der Faktor "Ärgerkontrolle" beschreibt die Fähigkeit, seinen Ärger oder Zorn beherrschen zu können oder so zu kontrollieren, daß er nach außen hin nicht sichtbar sind.

Itembeispiele:

Item Nr. 1: "Wenn ich gereizt bin, kann ich mich besser beherrschen als andere"

Item Nr. 121: "Ich kontrolliere meinen Ärger stets so gut, daß er nach außen nicht sichtbar wird"

Der Faktor "Ärgerkontrolle" umfaßt die Items Nrn. 1, 25, 49, 73, 97, 121 (+)¹⁾. Alpha = .83

(2) Besitzstreben:

Dieser Faktor weist auf den ausgeprägten Willen einer Person hin, ihre finanzielle Lage zu verbessern, bzw. ihren Besitz und Wohlstand zu vermehren.

¹⁾ Das Plus- bzw. Minuszeichen am Ende der Itemliste zeigt an, ob die Items im Sinne des Faktors positiv oder negativ formuliert sind, bezogen auf die Antwortalternative "stimmt vollkommen". (Alle Items eines Faktors sind gleichsinnig formuliert). Würde das Item Nr. 1 lauten: "Wenn ich gereizt bin, kann ich mich schlecht beherrschen", dann würde die Antwort "stimmt vollkommen" einer Ärgerkontrolle entgegenstehen. Die Itemformulierung wäre dann negativ und im Sinne des Faktors mit einem "Minus"-Zeichen zu versehen.

Itembeispiele:

Item Nr. 26: "Ich setze alles daran, mich finanziell zu verbessern"

Item Nr. 122: "Ich strenge mich stets an, meinen Besitz zu vergrößern"

Der Faktor "Besitzstreben" umfaßt die Items Nrn.:

2, 26, 50, 74, 98, 122 (+). Alpha = .89

(3) Entschlußkraft:

Der Faktor "Entschlußkraft" bezieht sich auf die Neigung, Entscheidungen schnell zu treffen, als auch darauf, zu getroffenen Entscheidungen zu stehen.

Itembeispiele:

Item Nr. 51: "Entscheidungen gehen bei mir zügig über die Bühne"

Item Nr. 123: "Ich fasse gute Entschlüsse, ohne Zeit zu verlieren"

Der Faktor "Entschlußkraft" umfaßt die Items Nrn.:

3, 27, 51, 75, 99, 123 (+). Alpha = .89

(4) Entspannungsfähigkeit:

Dieser Begriff weist auf die Fähigkeit hin, sich entspannen und lockern zu können und sich wohligh zu fühlen, vor allem in der Zeit nach getaner Arbeit.

Itembeispiele:

Item Nr. 28: "Abends im Bett fühle ich mich wohligh entspannt"

Item Nr. 100: "Nach getaner Arbeit fühle ich mich völlig locker"

Der Faktor "Entspannungsfähigkeit" umfaßt die Items Nrn.:

4, 28, 52, 76, 100, 124 (+). Alpha = .81

(5) Erschöpfung

Es geht bei diesem Faktor insbesondere um verminderte Leistungskraft und Konzentration bei der Arbeit, auch um die nachlassende Fähigkeit, länger andauernden Anstrengungen standzuhalten.

Itembeispiele:

Item Nr. 5: "Meine Aufmerksamkeit und Konzentration bei der Arbeit sind schlechter als früher"

Item Nr. 101: "Ich halte eine längere Anstrengung nicht mehr aus"

Der Faktor "Erschöpfung" umfaßt die Items Nrn.:

5, 29, 53, 77, 101, 125 (+). Alpha = . 87

(6) Gehör finden:

Hierunter ist zu verstehen, daß jemand mit seinen Problemen ernstgenommen wird und Ansprechpartner findet, die ihn ausreden lassen und an seinen Sorgen teilnehmen.

Itembeispiele:

Item Nr. 78: "Ich habe Freunde, die Anteil an meinen Sorgen nehmen"

Item Nr. 126: "In schwierigen Situationen spricht mir immer jemand Mut zu"

Der Faktor "Gehör finden" umfaßt die Items Nrn.:

6, 30, 54, 78, 102, 126 (+). Alpha = .84

(7) Gewissenhaftigkeit:

Der Faktor "Gewissenhaftigkeit" zeigt, wie genau sich jemand an feste Vereinbarungen oder Zusagen hält oder seine Unternehmungen plant.

Itembeispiele:

Item Nr. 7: "Ich halte mich genau an feste Verabredungen"

Item Nr. 146: "Wenn ich etwas unternehme, plane ich alles sehr sorgfältig"

Der Faktor "Gewissenhaftigkeit" umfaßt die Items Nrn.:

7, 31, 79, 103, 127, 146 (+). Alpha = .78

(8) Konfliktlösungsfertigkeiten:

Die Fähigkeit, bei Auseinandersetzungen zu vermitteln, Konflikte zu lösen oder akzeptierte Entscheidungen herbeizuführen, wird durch den Begriff der "Konfliktlösungsfertigkeiten" ausgedrückt.

Itembeispiele:

Item Nr. 80: "Bei Unstimmigkeiten finde ich stets eine passende Lösung"

Item Nr. 145: "Durch geschicktes Verhandeln bringe ich streitende Parteien wieder zusammen"

Der Faktor "Konfliktlösungsfertigkeiten" umfaßt die Items Nrn.: 8, 32, 80, 104, 128, 145 (+). Alpha = .80

(9) Kummer und Sorgen:

Dieser Faktor kennzeichnet den Grad, in dem jemand sein Leben als kummer- und sorgenvoll einschätzt,

Itembeispiele:

Item Nr. 81: "Mein Leben ist voller Kummer"

Item Nr. 150: "Bei mir reißen die Sorgen nicht ab"

Der Faktor "Kummer und Sorgen" umfaßt die Items Nrn.: 33, 57, 81, 105, 129, 150 (+). Alpha = .91

(10) Leistungseinschränkung unter Druck:

Im Gegensatz zum Faktor "Erschöpfung", der eher ein allgemeines Nachlassen der Leistungskraft und der Konzentration zum Ausdruck bringt, umschreibt der Faktor "Leistungseinschränkung unter Druck" eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit bei gleichzeitig hohen Anforderungen im Hinblick auf die Verantwortung oder Lösung einer schwierigen Situation.

Itembeispiele:

Item Nr. 10.: "Wenn ich viel Verantwortung tragen muß, mache ich sehr leicht Fehler"

Item Nr. 58: "In schwierigen Situationen sind meine Gedanken regelrecht blockiert"

Der Faktor "Leistungseinschränkung unter Druck" umfaßt die Items Nrn.:

10, 34, 58, 82, 106, 130 (+). Alpha = .83

(11) Leistungsorientierung:

Der Faktor "Leistungsorientierung" kennzeichnet die Orientierung am Erfolg, sowie das Niveau der Anforderungen, die jemand an seine eigene Leistungsfähigkeit stellt, um erfolgreich zu sein.

Itembeispiele:

Item Nr. 11: "Für mich ist es wichtig, zu den Besten und Erfolgreichsten zu gehören"

Item Nr. 83: "Ich lege auf große Leistungen mehr Wert, als es andere tun"

Der Faktor "Leistungsorientierung" umfaßt die Items Nrn.: 11, 35, 83, 107, 131, 152 (+). Alpha = .85

(12) Muskelverspannung:

Die Verkrampfung der Rücken-, Schulter- und Nackenmuskulatur wird mit dem Faktor "Muskelverspannung" beschrieben, insbesondere wenn diese Verspannungen während der Freizeit fort-dauern oder bereits morgens auftreten.

Itembeispiele:

Item Nr. 12: "Selbst wenn ich gut ausgeruht bin, sind meine Muskeln noch verspannt"

Item Nr. 132: "Meine Rückenmuskeln sind häufig hart und verspannt"

Der Faktor "Muskelverspannung" umfaßt die Items Nrn.: 12, 36, 60, 84, 108, 132 (+). Alpha = .90

(13) Nicht abschalten können:

Dieser Faktor weist auf die mangelnde Fähigkeit hin, etwa am Feierabend oder im Urlaub zu entspannen und Gedanken an die Arbeit beiseite zu lassen. Er verdeutlicht damit den negativen Aspekt des Faktors "Entspannungsfähigkeit".

Itembeispiele:

Item Nr. 85: "Wenn die Tagesarbeit getan ist, kann ich noch lange nicht an Entspannung denken"

Item Nr. 133: "Ich finde auch im Urlaub nicht die notwendige Entspannung"

Der Faktor "Nicht abschalten können" umfaßt die Items Nrn.:
13, 37, 61, 85, 109, 133 (+). Alpha = .87

(14) Offenheit:

Der Faktor "Offenheit" besagt, daß jemand seine Meinung offen ausspricht oder seine Ansichten frei äußert.

Itembeispiele:

Item Nr. 14: "Ich bin es gewohnt, meine Meinung offen auszusprechen"

Item Nr. 148: "Ich nenne die Dinge gern beim Namen"

Der Faktor "Offenheit" umfaßt die Items Nrn.:
14, 62, 86, 110, 134, 148 (+). Alpha = .83

(15) Optimismus:

Eine positive Zukunftserwartung, eine gewisse Zuversicht und die Erwartung angenehmer Erlebnisse kommen im Faktor "Optimismus" zum Ausdruck.

Itembeispiele:

Item Nr. 15: "Gedanken an die Zukunft bereiten mir ein behagliches Gefühl"

Item Nr. 111: "Ich erwarte im Leben noch viel Freude"

Der Faktor "Optimismus" umfaßt die Items Nrn.:
15, 39, 63, 87, 111, 135 (+). Alpha = .85

(16) Pessimismus:

Der Faktor "Pessimismus", als Gegensatz zum Faktor "Optimismus", bezeichnet eine eher düstere persönliche Zukunftserwartung, in der wenig Hoffnung auf Erfreuliches zum Ausdruck kommt.

Itembeispiele:

Item Nr. 16: "Ich habe von der Zukunft nicht viel zu erwarten"

Item Nr. 151: "Ich sehe viele Dinge auf mich zukommen, die mir Angst machen"

Der Faktor "Pessimismus" umfaßt die Items Nrn.:
16, 40, 64, 112, 136, 151 (+). Alpha = .84

(17) Private Freiheit:

Der Faktor "Private Freiheit" bedeutet, daß jemand seine Freizeit oder seinen privaten Bereich nach seinen eigenen Wünschen gestalten und seinen persönlichen Interessen nachgehen kann.

Itembeispiele:

Item Nr. 17: "Ich kann meine Freizeit so gestalten wie ich will".

Item Nr. 137: "Im Privatleben kann ich mich frei und ungehindert entfalten"

Der Faktor "Private Freiheit" umfaßt die Items Nrn.:

17, 41, 65, 89, 113, 137 (+). Alpha = .85

(18) Psychisch bedingte Beschwerden:

Schmerzen oder andere körperliche Beschwerden, die infolge von Sorgen, schwierigen Problemen, Aufregung oder ähnlichem auftreten, werden in dem Faktor "Psychisch bedingte Beschwerden" zum Ausdruck gebracht.

Itembeispiele:

Item Nr. 66: "Ärger und Wut führen bei mir zu körperlichen Beschwerden"

Item Nr. 138: "Schwierige persönliche Probleme spüre ich auch als unangenehme Körpergefühle"

Der Faktor "Psychisch bedingte Beschwerden" umfaßt die Items Nrn.:

18, 42, 66, 90, 114, 138 (+). Alpha = .90

(19) Reizbarkeit

Wie leicht jemand im Umgang mit anderen, u.U. bestimmten Personen gereizt reagiert oder sich ärgert, wird durch den Faktor "Reizbarkeit" gekennzeichnet.

Itembeispiele:

Item Nr. 91: "Manche Leute gehen mir wirklich auf die Nerven"

Item Nr. 139: "Manche Leute reizen mich einfach zum Widerspruch"

Der Faktor "Reizbarkeit" umfaßt die Items Nrn.:

19, 43, 67, 91, 139, 147 (+). Alpha = .84

(20) Resignation:

Mit dem Faktor "Resignation" wird die mangelnde Fähigkeit einer Person beschrieben, ihr Leben noch selbst in die gewünschten Bahnen zu lenken bzw. Einfluß auf die weitere Lebensführung zu nehmen.

Itembeispiele:

Item Nr. 93: "Ich habe keine Trümpfe mehr in der Hand"

Item Nr. 177: "Ich bin unfähig, mein Leben in die gewünschten Bahnen zu lenken"

Der Faktor "Resignation" umfaßt die Items Nrn:

20, 44, 68, 92, 116, 140 (+). Alpha = .77

(21) Schwierigkeiten im Leben:

War der Faktor "Pessimismus" mehr auf die Zukunftserwartung ausgerichtet, so kennzeichnet der Faktor "Schwierigkeiten im Leben" den gegenwärtigen oder bisherigen Verlauf wichtiger Angelegenheiten im Leben.

Itembeispiele:

Item Nr. 93: "In meinem Leben löst eine Schwierigkeit die andere ab"

Item Nr. 117: "Ich konnte viele Dinge nur mit Mühe und Not erreichen"

Der Faktor "Schwierigkeiten im Leben" umfaßt die Items Nrn:

21, 45, 69, 93, 117, 141 (+). Alpha = .84

(22) Selbstbestimmung:

Der Faktor "Selbstbestimmung" kennzeichnet, im Gegensatz zum Faktor "Resignation" die Fähigkeit einer Person, auf die weitere Entwicklung ihres Lebens selbst Einfluß nehmen zu können, d.h. ihr Leben selbstverantwortlich und nach eigenen Regeln gestalten zu können.

Itembeispiele:

Item Nr. 94: "Ich gestalte mein Leben nach meinen eigenen Regeln"

Item Nr. 118: "Nur ich selbst bin für die Gestaltung meines Lebens verantwortlich"

Der Faktor "Selbstbestimmung" umfaßt die Items Nrn.:
22, 46, 70, 94, 118, 142 (+). Alpha = .87

(23) Selbstvertrauen:

Selbstsicherheit sowie das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, schwierige Aufgaben meistern zu können, kennzeichnen den Faktor "Selbstvertrauen".

Itembeispiele:

Item Nr. 71: "Ich bin meiner selbst sicher"

Item Nr. 149: "Ich traue mir zu, auch schwierige Aufgaben zu bewältigen"

Der Faktor "Selbstvertrauen" umfaßt die Items Nrn.:
23, 71, 95, 143, 149, 154 (+). Alpha = .82

(24) Verdrängung:

Die Neigung, anstehenden Problemen oder unangenehmen Ereignissen auszuweichen, anstatt sie direkt anzugehen bzw. offen auszusprechen, wird im Faktor "Verdrängung" zum Ausdruck gebracht.

Itembeispiele:

Item Nr. 24: "Probleme verdränge ich lieber, anstatt sie direkt anzugehen"

Item Nr. 144: "Über unangenehme Dinge mag ich überhaupt nicht reden"

Der Faktor "Verdrängung" umfaßt die Items Nrn.:
24, 48, 72, 96, 120, 144 (+). Alpha = .74

4.3.2. Zusätzliche STR-Primärfaktoren

(25) Abwesenheit von Ärger:

Der Faktor "Abwesenheit von Ärger" kennzeichnet die Gelassenheit einer Person, die sich darin zeigt, nur selten wütend oder verärgert zu reagieren bzw. Wut oder Ärger überhaupt zu empfinden.

Itembeispiele:

Item Nr. 300: "Ich lasse mich nicht in Wut bringen"

Item Nr. 330: "Es kommt selten vor, daß ich mich über etwas ärgere"

Der Faktor "Abwesenheit von Ärger" umfaßt die Items Nrn.:
288, 300, 312, 324, 330, 342 (+). Alpha = .87

(26) Arbeitsbelastung:

Dieser "Typ-A-Faktor" beschreibt vor allem das Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen, oder von mehreren Aufgaben gleichzeitig gefordert zu werden, die dann zu Belastungen werden und Aufregungen verursachen.

Itembeispiele:

Item Nr. 302: "Ich habe häufig das Gefühl, daß die Zeit drängt"

Item Nr. 325: "Belastung regt mich auf"

Der Faktor "Arbeitsbelastung" umfaßt die Items Nrn.:
302, 313, 314, 319, 325, 332 (+). Alpha = .86

(27) Genauigkeit:

Der Faktor "Genauigkeit" ist, wie der Faktor "Arbeitsbelastung", dem "Typ-A-Verhalten" zuzuordnen. Die Items, die hier kovariieren, streuen inhaltlich breiter als bei der Mehrzahl der anderen Faktoren. Sie beschreiben das Bemühen einer Person, genauer als andere Leute zu arbeiten, aber auch den Versuch, ehrgeizige Ziele zu verfolgen und ungeduldig zu reagieren, wenn andere den Arbeitsprozeß verzögern.

Itembeispiele:

Item Nr. 308: "Ich bin in der Arbeit genauer als andere"

Item Nr. 343: "Wenn jemand in Rede oder Tat nicht vorankommt, unterbreche ich ihn und helfe nach"

Der Faktor "Genauigkeit" umfaßt die Items Nrn.:
290, 307, 308, 326, 331, 343 (+). Alpha = .78

(28) Morgenmüdigkeit:

Sich schon am Morgen, nach dem Aufwachen oder Aufstehen erschöpft und energielos zu fühlen, wird durch den Faktor "Morgenmüdigkeit" zum Ausdruck gebracht.

Itembeispiele:

Item Nr. 317: "Ich fühle mich am Morgen völlig energielos"

Item Nr. 329: "Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich hundeelend"

Der Faktor "Morgenmüdigkeit" umfaßt die Items Nrn.:
305, 311, 317, 323, 329, 335 (+) . Alpha = .97

(29) Schlafstörungen:

Der Faktor "Schlafstörungen" bezieht sich insbesondere auf Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Ein leichter Schlaf oder häufige Phasen des Wachliegens vor dem Einschlafen bzw. während der Nacht werden durch diesen Faktor gekennzeichnet.

Itembeispiele:

Item Nr. 298: "Ich wälze mich lange im Bett herum, bis ich endlich Schlaf finde"

Item Nr. 322: "Ich wache in der Nacht häufig auf"

Der Faktor "Schlafstörungen" umfaßt die Items Nrn.:
298, 310, 316, 322, 328, 334 (+) . Alpha = .93

(30) Seelische Belastung:

Der Mangel an innerer Ruhe oder Gelöstheit kommt in dem Faktor "Seelische Belastung" zum Ausdruck. Eine seelische Belastung (deren inhaltliche Gewichtung bei einzelnen Testpersonen ganz unterschiedlich ausfallen kann), die als so bedrückend erlebt wird, daß sie zu einer andauernden inneren Anspannung führt, wird durch die Items dieses Faktors beschrieben.

Itembeispiele:

Item Nr. 315: "Meine seelische Belastung macht mir sehr zu schaffen"

Item Nr. 333: "Ich kann keine innere Ruhe finden"

Der Faktor "Seelische Belastung" umfaßt die Items Nrn.:
309, 315, 321, 327, 333, 339 (+) . Alpha = .93

4.3.3. Primärfaktoren zur "Sozialen Kompetenz"

(1) Ablehnung erfahren:

Das Gefühl, auf andere Personen unsympathisch oder abweisend zu wirken und gemieden zu werden, kommt im Faktor "Ablehnung erfahren" zum Ausdruck.

Itembeispiele:

Item Nr. 215: "Viele Menschen finden mich unsympathisch"

Item Nr. 276: "Kaum jemand kommt von sich aus auf mich zu"

Der Faktor "Ablehnung erfahren" umfaßt die Items Nrn.:

155, 195, 215, 235, 255, 276 (+). Alpha = .76

(2) Attraktivität:

Mit dem Faktor "Attraktivität" wird die Anziehungskraft beschrieben, die jemand auf andere Menschen, insbesondere auf das andere Geschlecht ausübt.

Itembeispiele:

Item Nr. 156: "Ich ziehe die Blicke anderer Leute an"

Item Nr. 196: "Ich wirke auf das andere Geschlecht attraktiv"

Der Faktor "Attraktivität" umfaßt die Items Nrn.:

156, 196, 216, 236, 256, 277 (+). Alpha = .88

(3) Aufmerksam zuhören:

Das Bemühen, bei Diskussionen die Argumente der Gesprächspartner anzuhören, die Gesprächspartner ausreden zu lassen und als Zuhörer ernsthaft bei der Sache zu bleiben, wird mit dem Faktor "Aufmerksam zuhören" dargestellt.

Itembeispiele:

Item Nr. 157: "Bei Diskussionen höre ich mir alle Argumente aufmerksam an"

Item Nr. 257: "Ich lasse meine Gesprächspartner ausreden"

Der Faktor "Aufmerksam zuhören" umfaßt die Items Nrn.:

157, 177, 197, 217, 237, 257 (+). Alpha = .87

(4) Desinteresse an Geselligkeiten:

Der Wunsch, lieber alleine zu sein als unter andere Leute zu gehen und das Meiden geselliger Veranstaltungen kommt im Faktor "Desinteresse an Geselligkeiten" zum Ausdruck.

Itembeispiele:

Item Nr. 198: "Auf Parties sitze ich meist lustlos und gleichgültig herum"

Item Nr. 258: "Von festlichen Veranstaltungen halte ich mich fern"

Der Faktor "Desinteresse an Geselligkeiten" umfaßt die Items Nrn.: 158, 178, 198, 218, 238, 258 (+). Alpha = .84

(5) Emotionale Zurückhaltung:

Im Faktor "Emotionale Zurückhaltung" werden Anstrengungen ausgedrückt, die jemand unternimmt, um seine Gefühle oder spontanen Empfindungen vor anderen Personen zu verbergen bzw. sich nicht anmerken zu lassen.

Itembeispiele:

Item Nr. 179: "Wenn ich traurig bin, lasse ich mir dies nicht anmerken"

Item Nr. 219: "Ich verberge vor anderen meine spontanen Empfindungen"

Der Faktor "Emotionale Zurückhaltung" umfaßt die Items Nrn.: 159, 179, 199, 219, 239, 259 (+). Alpha = .85

(6) Organisationsfreude:

Der Spaß, den jemand beim Initiieren oder Organisieren von gemeinsamen Aktivitäten und Geselligkeiten erlebt, kommt im Faktor "Organisationsfreude" zum Ausdruck.

Itembeispiele:

Item Nr. 160: "Für gemeinsame Aktivitäten bin ich stets als Organisator zu haben"

Item Nr. 240: "Ich stelle immer wieder gesellige Abende auf die Beine"

Der Faktor "Organisationsfreude" umfaßt die Items Nrn.: 160, 180, 200, 220, 240, 260 (+). Alpha = .89

(7) Kontaktfreude:

Mit Personen des anderen Geschlechts gern Kontakte aufzunehmen, Gespräche zu führen oder Beziehungen anzuknüpfen, wird mit dem Faktor "Kontaktfreude" bezeichnet.

Itembeispiele:

Item Nr. 161: "Ich spreche gern Personen des anderen Geschlechts an"

Item Nr. 241: "Bei Geselligkeiten finde ich immer Kontakt zu Personen des anderen Geschlechts"

Der Faktor "Kontaktfreude" umfaßt die Items Nrn.:

161, 181, 201, 221, 241, 283 (+). Alpha = . 92

(8) Geselligkeit:

Mit dem Faktor "Geselligkeit" wird, im Gegensatz zum Faktor "Desinteresse an Geselligkeiten", die Freude an gemeinschaftlichen Veranstaltungen oder geselligen Unternehmungen beschrieben.

Itembeispiele:

Item Nr. 162: "In einer geselligen Runde fühle ich mich so richtig wohl"

Item Nr. 222: "Ich bin stets zu Späßen aufgelegt"

Der Faktor "Geselligkeit" umfaßt die Items Nrn.:

162, 182, 202, 222, 242, 262 (+). Alpha = .88

(9) Gesprächigkeit:

Die Lust zum Reden wird mit dem Faktor "Gesprächigkeit" angesprochen. Sich gerne zu unterhalten, zu erzählen, oder sich im Umgang mit anderen Menschen als redefreudig zu erweisen, kommt hier zum Ausdruck.

Itembeispiele:

Item Nr. 163: "Ich bin sehr redefreudig"

Item Nr. 223: "Oft suche ich geradezu eine Unterhaltung"

Der Faktor "Gesprächigkeit" umfaßt die Items Nrn.:

163, 183, 203, 223, 243, 263 (+). Alpha = .89

(10) Mangelnde Redegewandtheit:

Die Unfähigkeit, sich sprachlich geschickt ausdrücken zu können, oder z.B. Argumente klar formulieren zu können, wird mit dem Faktor "Mangelnde Redegewandtheit" beschrieben.

Itembeispiele:

Item Nr. 164: "Ich sollte etwas tun, um meinen sprachlichen Ausdruck zu verbessern"

Item Nr. 224: "Ich habe Probleme, wenn ich Argumente genau formulieren muß"

Der Faktor "Mangelnde Redegewandtheit" umfaßt die Items Nrn.: 164, 184, 204, 224, 244, 264 (+). Alpha = .88

(11) Mangelnde Überzeugungskraft:

Die mangelnde Fähigkeit, in Gesprächen die erhoffte Beachtung bei anderen Personen zu finden oder diese durch eigene Argumente überzeugen zu können, wird im Faktor "Mangelnde Überzeugungskraft" beschrieben.

Itembeispiele:

Item Nr. 205: "In Gesprächen finde ich wenig Beachtung"

Item Nr. 165: "Ich kann andere nicht so überzeugen, wie ich gerne möchte"

Der Faktor "Mangelnde Überzeugungskraft" umfaßt die Items Nrn.: 185, 205, 225, 245, 265, 278 (+). Alpha = .87

(12) Redehemmung:

Der Faktor "Redehemmung" beschreibt die Neigung, im Beisein wichtiger Personen oder eines größeren Publikums ins Stottern zu geraten oder im Sprechfluß zu stocken.

Itembeispiele:

Item Nr. 246: "In einer größeren Diskussionsrunde habe ich Hemmungen zu sprechen"

Item Nr. 266: "Bei Gesprächen mit wichtigen Personen komme ich ins Stocken".

Der Faktor "Redehemmung" umfaßt die Items Nrn.: 166, 186, 206, 226, 246, 266 (+). Alpha = .84

(13) Schweigsamkeit:

Wenig zu reden und sich in Diskussionen lieber in die Rolle des Zuhörers als des Sprechenden zu begeben, wird mit dem Faktor "Schweigsamkeit" ausgedrückt.

Itembeispiele:

Item Nr. 188: "Ich bin von Natur aus ein schweigsamer Mensch"

Item Nr. 268: "Ich höre lieber zu, als daß ich rede"

Der Faktor "Schweigsamkeit" umfaßt die Items Nrn.:

167, 187, 227, 247, 267, 281 (+). Alpha = .86

(14) Schüchternheit:

Zurückhaltung im Umgang mit anderen Menschen oder Schwierigkeiten, Anschluß zu finden oder Kontakte zu knüpfen, werden mit dem Faktor "Schüchternheit" beschrieben.

Itembeispiele:

Item Nr. 279: "Ich bin anderen Menschen gegenüber sehr zurückhaltend"

Item Nr. 268: "Es fällt mir schwer, Anschluß zu finden"

Der Faktor "Schüchternheit" umfaßt die Items Nrn.:

188, 208, 279, 248, 268, 282 (+). Alpha = .90

(15) Sicheres Auftreten:

Selbstbewußtes und selbstsicheres Verhalten in Gruppen oder bei anderen gemeinschaftlichen Anlässen wird durch den Faktor "Sicheres Auftreten" gekennzeichnet.

Itembeispiele:

Item Nr. 189: "Auf Einladungen trete ich sicher und gewandt auf"

Item Nr. 209: "Ich bin so selbstsicher, daß ich auch schwierige soziale Situationen bewältige"

Der Faktor "Sicheres Auftreten" umfaßt die Items Nrn.:

169, 189, 209, 229, 249, 269 (+). Alpha = .88

(16) Unsicherheit im Gespräch:

Die Unsicherheit, etwa in Diskussionen eigene Argumente oder Meinungen zum gegebenen Zeitpunkt einzubringen, oder während eines Gesprächs "gute Ideen" als eigenen Beitrag zu entwickeln, wird mit dem Faktor "Unsicherheit im Gespräch" bezeichnet.

Itembeispiele:

Item Nr. 250: "Oft dreht sich ein Gespräch schon um ein anderes Thema, bevor ich meine Meinung äußern kann"

Item Nr. 284: "In Diskussionen überlege ich oft lange, bis ich meine Ideen vorbringe"

Der Faktor "Unsicherheit im Gespräch" umfaßt die Items Nrn.: 170, 210, 230, 250, 270, 284 (+). Alpha = .82

(17) Überzeugungskraft:

Die Fähigkeit, Diskussionsbeiträge oder Vorträge interessant zu gestalten und auf den Gesprächsverlauf Einfluß zu nehmen, wird mit dem Faktor "Überzeugungskraft" beschrieben.

Itembeispiele:

Item Nr. 171: "Es fällt mir leicht, interessante Diskussionen zu führen"

Item Nr. 271: "Bei Gesprächen in der Gruppe kann ich meine Ansichten meist durchsetzen"

Der Faktor "Überzeugungskraft" umfaßt die Items Nrn.: 171, 191, 211, 231, 244, 251, 264 (+). Alpha = .88

(18) Verbale Faszinationskraft:

Die Kunst, andere Menschen durch Erzählungen zu faszinieren und ihre Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, kommt im Faktor "Verbale Faszination" zum Ausdruck.

Itembeispiele:

Item Nr. 212: "Es gefällt mir, einen Kreis von Zuhörern in Bann zu schlagen"

Item Nr. 252: "Erzählungen schmücke ich gerne etwas aus, um die Zuhörer zu faszinieren"

Der Faktor "Verbale Faszinationskraft" umfaßt die Items Nrn.: 172, 192, 212, 232, 252, 272 (+). Alpha = .86

(19) Gesprächsbereitschaft:

Der Faktor "Gesprächsbereitschaft" beschreibt die Neigung einer Person, gern auf fremde Menschen zuzugehen und Kontakt zu ihnen zu suchen.

Itembeispiele:

Item Nr. 193: "Ich lasse mich gern mit fremden Personen auf eine Unterhaltung ein"

Item Nr. 233: "Es fällt mir leicht, unbekannte Menschen anzusprechen"

Der Faktor "Gesprächsbereitschaft" umfaßt die Items Nrn.: 173, 193, 213, 233, 253, 273 (+). Alpha = .90

(20) Wahrung der Privatsphäre:

Der Faktor "Emotionale Zurückhaltung" weist auf das Bemühen einer Person hin, im nonverbalen Bereich Gefühle möglichst nicht zu zeigen, indem z.B. traurige oder ärgerliche Gefühlsregungen unterdrückt werden. Der Faktor "Wahrung der Privatsphäre" zielt auf die verbale Ebene des Verhaltens ab, wenn von einer Person Gespräche über ihr Privat- und Gefühlsleben in Unterhaltungen mit anderen Menschen ausgegrenzt werden.

Itembeispiele:

Item Nr. 194: "Persönliche Dinge klammere ich in Gesprächen aus"

Item Nr. 254: "Über meine Intimsphäre rede ich mit niemandem"

Der Faktor "Wahrung der Privatsphäre" umfaßt die Items Nrn.: 174, 194, 214, 234, 254, 274 (+). Alpha = .84

5. Die "SCOPE"-Faktorenstruktur

Die oben beschriebenen 50 Primärfaktoren wurden vor dem endgültigen Abschluß der Stichprobenerhebung einer ersten Faktorenanalyse unterzogen. Dieser Schritt erfolgte aus zeitlich-organisatorischen Gründen, dessen Zweck darin bestand, einen Überblick der bestmöglichen Interpretierbarkeit (vgl. REVENSTORF, 1976) der Faktoren zu erhalten.

Auf der Grundlage von 630 untersuchten Personen (152 Personen der Normalgruppe und 478 Personen der Patientengruppe) wurden mehrere Möglichkeiten hinsichtlich der Anzahl und Art der Faktorenbündelungen überprüft. Unter den Aspekten der inhaltlichen Struktur der gewonnenen Sekundärfaktoren und der Übersichtlichkeit der Datenreduktion wurde für das Sekundärniveau die Zehn-Faktoren-Lösung als die sinnvollste favorisiert, d.h. als Vergleichsebene der Daten akzeptiert.

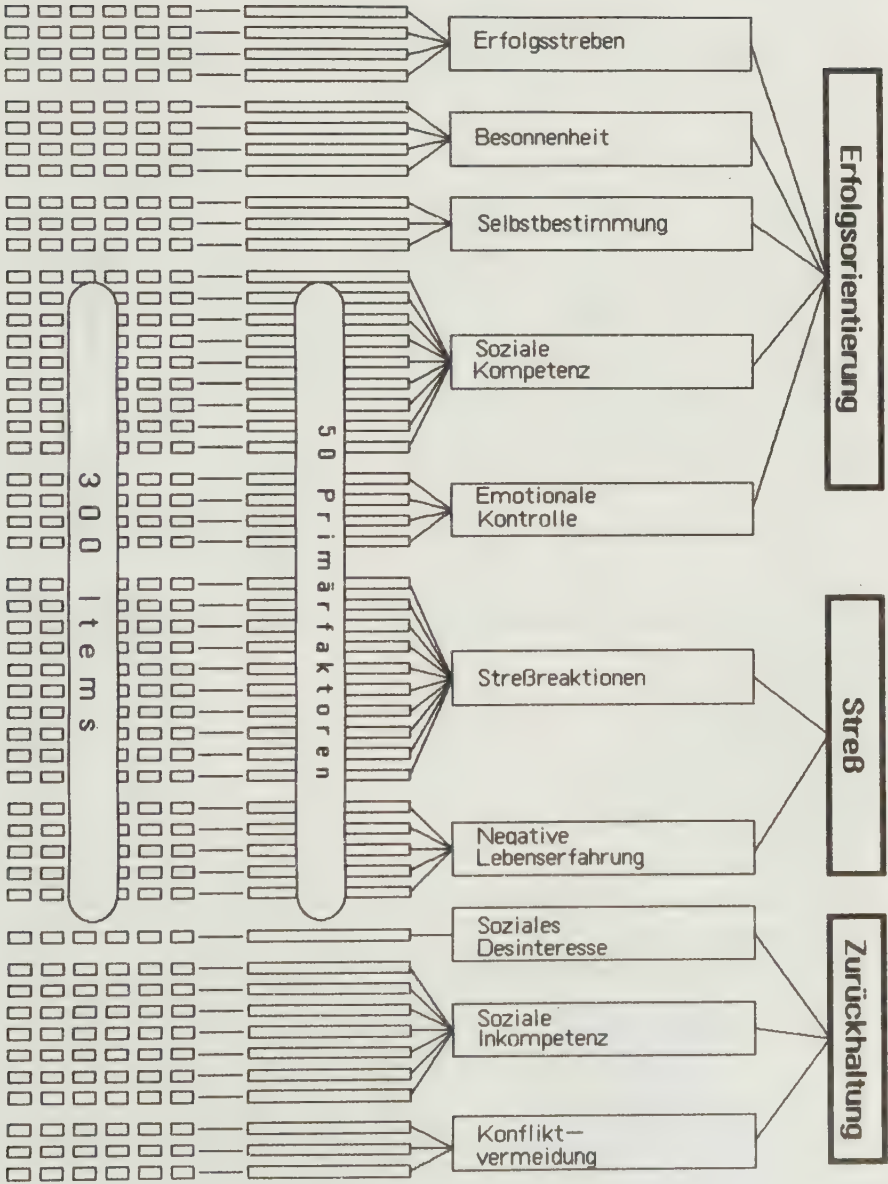
Den Verfahren der Datenreduktion liegt jeweils die faktorenanalytische Methode der Varimax-Rotation zugrunde.

Das Resultat ist zunächst eine Hierarchie mit drei Abstraktionsebenen:

- (1) Als Instrument der Datengewinnung dienen 300 Items,
- (2) Die zentralen, in den Items enthaltenen Informationen werden durch die Bildung von 50 Primärfaktoren erfaßt,
- (3) Die inhaltliche Tendenz der Primärfaktoren wird durch Zusammenfassung in zehn Sekundärfaktoren dargestellt.

Die Summenwerte der Einzelitems, die dann entsprechend ihrer Zuordnung zu den Sekundärfaktoren aufaddiert und einer Faktorenanalyse unterzogen wurden, ergeben als akzeptiertes Resultat drei Faktoren auf der Tertiärebene. Diese Tertiärfaktoren bilden als 4. Hierarchieebene ein Gliederungsraster für die Sekundärfaktoren.

Die Begriffshierarchie der Faktorenebenen wird in Abb.3 schematisch dargestellt.



5.1. Beschreibung der Sekundärfaktoren

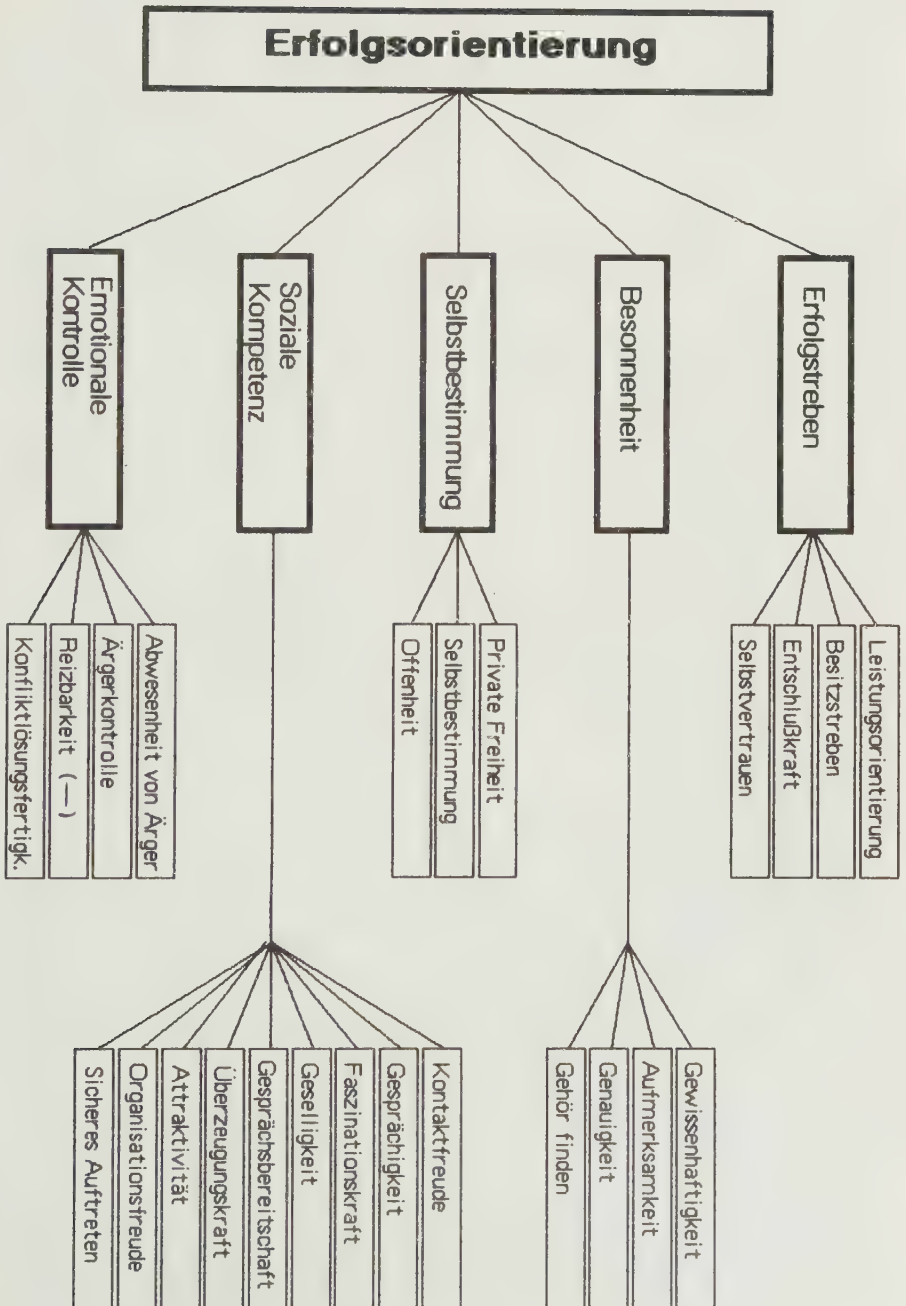
Die Tertiärfaktoren wurden mit den Begriffen "Erfolgsorientierung", "Streß" und "Zurückhaltung" überschrieben. Der erste dieser Faktoren, "Erfolgsorientierung", beschreibt vor allem Verhaltensdimensionen, die mit erfolgreichem Handeln und sozialer Kompetenz verknüpft sind, die beiden anderen Tertiärfaktoren kennzeichnen Erlebens- und Verhaltensbereiche mit vorwiegend belastendem bzw. sozial-distanziertem Charakter. Diese Begriffe haben im folgenden, dies sei nochmals betont, eine im statistischen Sinne ordnende Funktion, die den Datensatz der Primär- und Sekundärfaktoren in drei Vergleichsebenen gliedert. Der Schwerpunkt der Datendarstellung und -interpretation orientiert sich deshalb weniger an der Begriffsstruktur der Tertiärfaktoren, sondern, je nach Untersuchungsabschnitt, an den Begriffen der Primär- und Sekundärfaktoren.

5.1.1. Sekundärfaktoren des Bereiches "Erfolgsorientierung"

Der Tertiärfaktor "Erfolgsorientierung" umfaßt die Sekundärfaktoren:

- (1) Erfolgsstreben
- (2) Besonnenheit
- (3) Selbstbestimmung
- (4) Soziale Kompetenz
- (5) Emotionale Kontrolle

Diese Sekundärfaktoren beschreiben die inhaltliche Tendenz von insgesamt 24 der 50 Primärfaktoren. Abb. 4¹ zeigt die Begriffshierarchie, die, basierend auf dem Datensatz von 630 untersuchten Personen, dem Tertiärfaktor "Erfolgsorientierung" zugrunde liegt. Die Primärfaktoren werden zur Beschreibung der Sekundärfaktoren nach Ladungsstärken geordnet.



ad (1): Der Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" vereint auf sich die Primärfaktoren:

- Leistungsorientierung
- Besitzstreben
- Entschlußkraft
- Selbstvertrauen

Im Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" spiegelt sich eine insbesondere auf Erfolg ausgerichtete Handlungsmotivation und damit verbunden die Fähigkeit, zur Erreichung der gewünschten Ziele entschlußfreudig und selbstsicher aufzutreten.

ad (2): Der Sekundärfaktor "Besonnenheit" vereint auf sich die Primärfaktoren:

- Gewissenhaftigkeit
- Aufmerksamkeit
- Genauigkeit
- Gehör finden

Der Sekundärfaktor "Besonnenheit" beschreibt somit einen sorgfältigen und genauen, auch ehrgeizigen Arbeitsstil sowie eine ernsthafte Beteiligung an Gesprächen, indem jemand seinem Partner sowohl Aufmerksamkeit widmet als auch Gehör findet.

ad (3): Der Sekundärfaktor "Selbstbestimmung" vereint auf sich die Primärfaktoren:

- Private Freiheit
- Selbstbestimmung
- Offenheit

Die Möglichkeit, seine Neigungen und Interessengebiete entfalten zu können, persönliche Handlungsweisen selbstverantwortlich zu bestimmen und seine Meinungen oder Ansichten frei zu äußern, wird mit dem Sekundärfaktor "Selbstbestimmung" zum Ausdruck gebracht.

ad (4): Der Sekundärfaktor "Soziale Kompetenz" vereint auf sich die Primärfaktoren:

- Kontaktfreude
- Gesprächigkeit
- Faszinationskraft
- Geselligkeit
- Gesprächsbereitschaft
- Überzeugungskraft
- Attraktivität
- Organisationsfreude
- Sicheres Auftreten

Die Fülle dieser Primärfaktoren, die hoch miteinander korrelieren und unter dem Begriff "Soziale Kompetenz" zu einem Sekundärfaktor gebündelt sind, kennzeichnen vor allem die Kontaktfähigkeit einer Person, sowie rhetorisches Geschick im Sinne von Argumentations- und Überzeugungskraft, die sich aber auch in Gesprächsbereitschaft, in Organisationsfreude und im sicheren Auftreten widerspiegeln.

ad (5): Der Sekundärfaktor "Emotionale Kontrolle" vereint auf sich die Primärfaktoren:

- Abwesenheit von Ärger
- Ärgerkontrolle
- Reizbarkeit
- Konfliktlösungsfertigkeiten

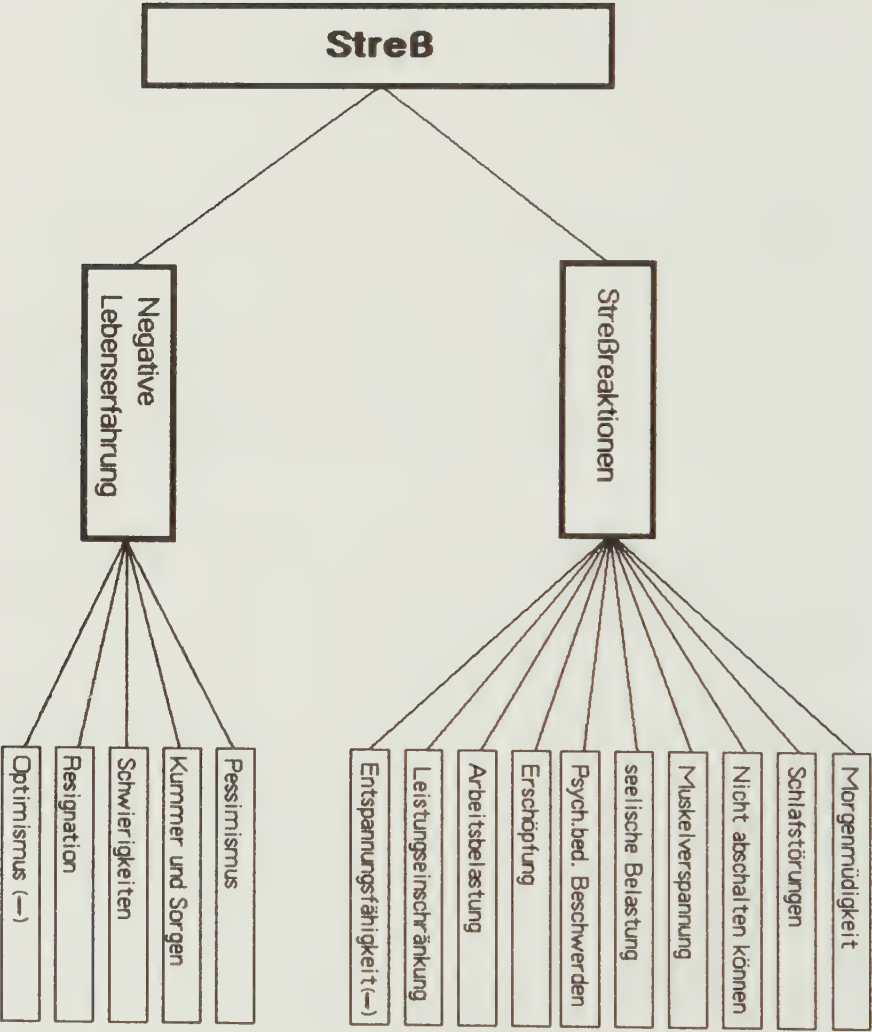
Der Sekundärfaktor "Emotionale Kontrolle" beschreibt die Fähigkeit oder das Bemühen einer Person, sich nicht schnell zu ärgern bzw. den aufkeimenden Ärger zu kontrollieren, sich nicht so leicht reizen zu lassen (das Vorzeichen des Primärfaktors "Reizbarkeit" ist hier negativ), und Konflikte geschickt zu lösen.

5.1.2. Sekundärfaktoren des Bereiches "Streß"

Der Tertiärfaktor "Streß" umfaßt die Sekundärfaktoren

- (1) Streßreaktionen
- (2) Negative Lebenserfahrung

Mit diesem Tertiärfaktor wird "Streß" (vgl. Abb. 5) beschrieben, soweit dieser nicht im positiven Sinne Anspannung und Herausforderung bedeutet, sondern auf das Wohlbefinden und die Gesund-



heit einer Person negative Auswirkungen zeitigt. Diese negativen Streßreaktionen können somatisch wie psychisch evident werden, teils kehren sie als negative Lebenserfahrungen, teils als negative Einstellungen zum Leben wieder.

ad (1): Der Sekundärfaktor "Streßreaktionen" vereint auf sich die Primärfaktoren

- Morgenmüdigkeit
- Schlafstörungen
- Nicht abschalten können
- Muskelverspannung
- Seelische Belastung
- Psychisch bedingte Beschwerden
- Erschöpfung
- Arbeitsbelastung
- Leistungseinschränkung
- Mangelnde Entspannungsfähigkeit (-)

Der Sekundärfaktor "Streßreaktionen" beschreibt vor allem Schlafprobleme, die Unfähigkeit, sich zu entspannen (der Primärfaktor "Entspannungsfähigkeit" weist ein negatives Vorzeichen auf) oder zu entkrampfen (Muskelverspannungen), sowie Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und psychische Belastungen.

ad (2): Der Sekundärfaktor "Negative Lebenserfahrungen" vereint auf sich die Primärfaktoren:

- Pessimismus
- Kummer und Sorgen
- Schwierigkeiten im Leben
- Resignation
- Optimismus (-)

Der Sekundärfaktor "Negative Lebenserfahrungen" beschreibt die Häufung von schwierigen, Sorgen bereitenden Lebensumständen, aber auch negative Einstellungen im Hinblick auf bestehende oder zukünftige Entwicklungen im Leben: Pessimismus, Resignation und Mangel an optimistischer Zuversicht (das Vorzeichen des Primärfaktors "Optimismus" ist negativ).

5.1.3. Sekundärfaktoren des Bereiches "Zurückhaltung"

"Zurückhaltung (vgl. Abb. 6) kennzeichnet geringes Engagement oder Interesse an geselligen Begegnungen mit anderen Personen. Diese soziale Zurückhaltung kann willentlich herbeigeführt sein, indem jemand auf soziale Distanz bedacht ist, oder auf einem Mangel an sozialen Fertigkeiten (vgl. ARGYLE, 1975) beruhen.

Der Tertiärfaktor "Zurückhaltung" umfaßt die Sekundärfaktoren

- (1) Soziales Desinteresse
- (2) Soziale Inkompetenz
- (3) Konfliktvermeidung

ad (1): Der Sekundärfaktor "Soziales Desinteresse" entspricht dem Primärfaktor "Desinteresse an Geselligkeiten". Dieser Primärfaktor kovariiert mit allen anderen Primärfaktoren so gering, daß seine höchste Faktorladung als Einzelfaktor isoliert bleibt.

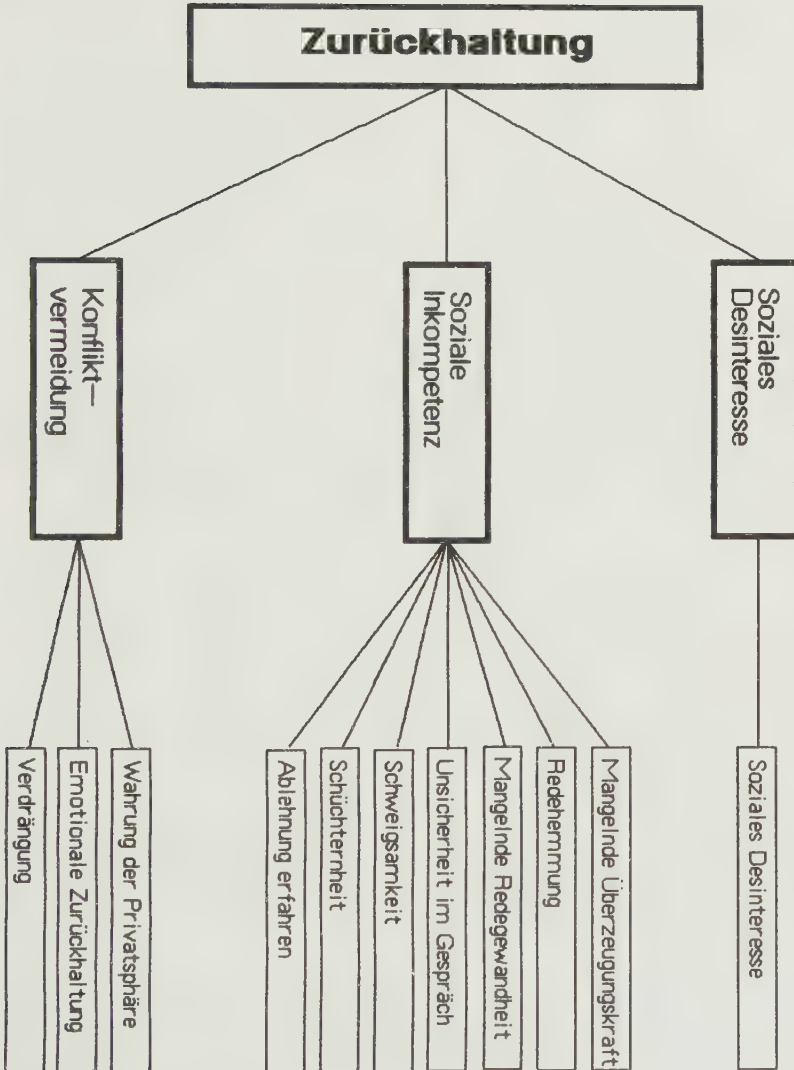
ad (2): Der Sekundärfaktor "Soziale Inkompetenz" vereint auf sich die Primärfaktoren

- Mangelnde Überzeugungskraft
- Redehemmung
- Mangelnde Redegewandtheit
- Unsicherheit im Gespräch
- Schweigsamkeit
- Schüchternheit
- Ablehnung erfahren

Mit dem Sekundärfaktor "Soziale Inkompetenz" werden vor allem mangelhaft ausgeprägte soziale Fähigkeiten umschrieben: Hemmungen und Unsicherheiten im Gespräch mit anderen, geringe Überzeugungskraft, bis hin zur Erfahrung von anderen Personen abgelehnt zu werden.

ad (3): Der Sekundärfaktor "Konfliktvermeidung" vereint auf sich die Primärfaktoren

- Wahrung der Privatsphäre
- Emotionale Zurückhaltung
- Verdrängung



5.2. Vergleich der Sekundärfaktoren zwischen Normal- und Patientengruppe

Die oben beschriebenen Sekundärfaktoren resultieren aus der Faktorenanalyse, der die Daten von 630 untersuchten Personen zugrunde liegen. Der Stichprobenumfang der Normalgruppe wurde nach dieser Faktorenanalyse von 152 auf 205 Personen erweitert, derjenige der Patientengruppe von 478 auf 583 Personen. Der Umfang der Gesamtstichprobe wurde damit von 630 untersuchten Personen um etwa ein Viertel auf 788 Personen erweitert. Die Gesamtstichprobe wurde vergrößert, weil von einigen Patientengruppen (Krebs- und Hautpatienten), bei denen die Testungen noch andauerten, zum Zeitpunkt der ersten Faktorenanalyse erst ein Drittel des nun vorliegenden Datenmaterials verfügbar war. Der quantitative Umfang der Normalstichprobe wurde in einem vergleichbaren Verhältnis zur Patientenstichprobe erweitert.

Auf der Grundlage der Gesamtstichprobe von 788 Personen wurde die Faktorenanalyse zur Kontrolle der zuvor erhaltenen Ergebnisse nochmals durchgeführt. Als Ausgangskriterium wurde dazu die Bildung von zehn Faktoren vorgegeben, unabhängig von der Interpretierbarkeit der Faktorenstruktur. Es sollte geprüft werden, ob die oben beschriebene Faktorenstruktur trotz der Erweiterung der Untersuchungsstichprobe stabil bleibt.

Darüber hinaus wurden mit den Daten der Normalgruppe (205 Personen) sowie mit den Daten der Patientengruppe (583 Personen) getrennte Faktorenanalysen gerechnet (mit je zehn Faktoren als Kriterium), um die Faktorenstruktur dieser beiden Gruppen miteinander als auch in Relation zur Gesamtstichprobe vergleichen zu können.

Die meisten Diagnosen, die bei den Personen der Patientengruppen gestellt wurden, ziehen für die Betroffenen einschneidende Konsequenzen in der Lebensführung nach sich. Daraus resultierende Belastungen treten mit dem "Streß"-Erleben der Patienten möglicherweise derart in Wechselwirkung, daß sich die Verknüpfungen des Streßerlebens (d.h. der Lebenserfahrungen, Einstellungen, Verarbeitungsweisen etc.) bei den Patienten von denen der Normalpersonen unterscheiden. In einer Faktorenanalyse würden solche

Unterschiede dergestalt zum Ausdruck kommen, daß die innerhalb eines Sekundärfaktors auftretenden Kovariationen der Primärfaktoren sich voneinander unterscheiden und durch ihren variablen Kontext die Interpretationsgrundlage für eine inhaltliche Differenzierung des Streßerlebens bilden.

Die Struktur der Sekundärfaktoren wird im folgenden auf drei Untersuchungsebenen vorgestellt, die Analyse der Gesamtstichprobe dient stets als Vergleichsgrundlage. Zu jedem Sekundärfaktor sind vier Untersuchungsschritte voneinander abzugrenzen.

- (1) Dabei ist zu prüfen, inwieweit die unter einem Sekundärfaktor ladenden Primärfaktoren zwischen der vorläufigen Faktorenanalyse mit Daten von 630 Personen vorläufige Gesamtstichprobe und der endgültigen Faktorenanalyse mit Daten von 788 Personen endgültige Gesamtstichprobe übereinstimmen.
- (2) Welche Primärfaktoren die Faktorenstruktur
 - a) der Normalstichprobe
 - b) der Patientenstichprobe
 in gleicher Weise repräsentieren.
- (3) Welche Primärfaktoren im Vergleich der Faktorenstrukturen von Normal- und Patientenstichprobe nicht übereinstimmen und
- (4) Welche Primärfaktoren, die im Kontext eines Sekundärfaktors bei der Normal- bzw. der Patientenstichprobe auftreten, nicht durch die Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe repräsentiert sind.

Jeder Primärfaktor wurde jeweils dem Sekundärfaktor zugeordnet, zu dem er die größte Kovarianz aufweist. Diejenigen Primärfaktoren, die unter einem Sekundärfaktor ihre höchste Ladung erreichen, gehören zusammen und sind in ihrem inhaltlichen Kontext zu interpretieren.

Die Tabellen der Stichprobenvergleiche zeigen im linken Feld die Nummern und Namen der Primärfaktoren, die aufgrund der Faktorenanalyse der Gesamtstichprobe (788 Personen) nach Ladungsstärken geordnet sind.

Unter der Rubrik "Stichprobenvergleich" sind dann in der ersten Spalte die betreffenden Faktorenladungen der Primärfaktoren angegeben, in der mittleren Spalte die Faktorenladungen der Normalgruppe, in der rechten Spalte die Faktorladungen der Patientengruppe.

Als Vergleichskriterium für die Sekundärfaktoren dient jeweils derjenige Primärfaktor, der für die Gesamtstichprobe die höchste Faktorladung anzeigt (Leitfaktor).

Beispiel 1: "Faktorenuordnung"

Für den Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" (vgl. Tab. 6) ist "Besitzstreben" (STR 2) der Leitfaktor. Ihm werden in der Spalte "Gesamt" (Gesamtstichprobe) diejenigen Primärfaktoren zugewiesen, die unter diesem Sekundärfaktor ebenfalls ihre höchsten Faktorladungen erreichen. Nun wird bei der Faktorenanalyse der Normalgruppe derjenige Sekundärfaktor gesucht, bei dem der Primärfaktor "Besitzstreben" die höchste Faktorladung aufweist. Dann werden die übrigen, zu diesem Sekundärfaktor gehörenden Primärfaktoren miteinander verglichen. Entsprechendes Vorgehen gilt auch für die Faktorenanalyse der Patientenstichprobe. Die innerhalb einer Gruppe zu einem Sekundärfaktor gehörenden Primärfaktoren werden durch halbfette Schrift hervorgehoben. Primärfaktoren, die im Stichprobenvergleich nicht bei allen Subgruppen (Gesamt-, Normal- oder Patientenstichprobe) zum selben Sekundärfaktor gehören, sind mit Schmalschrift gekennzeichnet.

Beispiel 2: "Faktorenvergleich"

Zu dem Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" (vgl. Tab. 6) gehört u.a. der Primärfaktor "Selbstvertrauen", allerdings gilt das nur für die Faktorenanalysen der Gesamtstichprobe und der Patientenstichprobe.

Bei der Stichprobe der Normalpersonen korreliert der Primärfaktor "Selbstvertrauen" mit anderen Primärfaktoren, z.B. "Offenheit" und "Entschlußkraft" (vgl. Tab. 16): er bildet mit diesen einen inhaltlich anders strukturierten Sekundärfaktor, der mit "Erfolgsstreben" im oben definierten Sinn wenig gemein hat.

Um einen Gruppenvergleich über die jeweils gemeinsamen Primärfaktoren hinaus zu ermöglichen, wird nun für die Normalgruppe auch zum Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" diejenige Faktorladung

des Primärfaktors "Selbstvertrauen" angegeben, die er auf der Skala mit dem Leitfaktor "Besitzstreben" einnimmt. Daran kann die Stärke des Zusammenhangs abgeschätzt werden, die beide Primärfaktoren innerhalb eines Sekundärfaktors haben, wenngleich sie aufgrund ihrer jeweils höchsten Ladungen unterschiedlichen Sekundärfaktoren zugehören.

Bislang diente als Leitsystem die Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe. Im Vergleich der Faktorenanalysen wurde jedoch beobachtet, daß einzelne Primärfaktoren, die bei der Normal- oder Patientenstichprobe zu einem Sekundärfaktor gehören, durch die Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe nicht immer repräsentiert werden.

Beispiel 3: "Faktorenerweiterung"

Bei der Normalgruppe gehört zum Sekundärfaktor "Erfolgstreben" (mit dem Leitfaktor "Besitzstreben") u.a. der Primärfaktor "Genauigkeit". Jedoch weder bei der Gesamtstichprobe noch bei der Patientenstichprobe gehört dieser Primärfaktor zum Sekundärfaktor "Erfolgstreben". Die Ladung des Primärfaktors "Genauigkeit" wird in der Spalte der Normalgruppe halbfett hervorgehoben, um seine Faktorzugehörigkeit anzuzeigen. Die Ladungswerte im Kontext zu den beiden anderen Vergleichsgruppen werden ebenso wie der Begriff selbst in Schmalschrift als nachgeordnete Faktoren bzw. Faktorladungen kenntlich gemacht.

5.2.1. "Erfolgstreben"

Die Primärfaktoren der zweiten (abschließenden) Faktorenanalyse entsprechen denen der ersten (vorläufigen) Faktorenanalyse hinsichtlich des Sekundärfaktors "Erfolgstreben". (vgl. dazu Abb. 4 und Tab. 6, Gesamtstichprobe)

Tab.6. Sekundärfaktor: "Erfolgsstreben"

Nr. Primärfaktoren			Stichprobenvergleich		
			Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
STR	2	Besitzstreben	.80396	.80263	.80685
STR	11	Leistungsorientierung	.79708	.80128	.79454
STR	3	Entschlußkraft	.55206	.25989	.59461
STR	23	Selbstvertrauen	.50369	.31765	.55395
STR	27	Genauigkeit ("Typ-A"-Def)	.44815	.46591	.42182

Bei der Patientengruppe bilden die Primärfaktoren "Besitzstreben", "Leistungsorientierung", "Entschlußkraft" und "Selbstvertrauen" den Sekundärfaktor "Erfolgsstreben", entsprechend der Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe.

Bei der Normalgruppe gehören zu dem Leitfaktor "Besitzstreben" die Primärfaktoren "Leistungsorientierung" sowie "Genauigkeit". Für die Normalgruppe ergibt sich damit ein relativ geschlossenes Bild im Sinne der Typ-A-Definition des Verhaltens bzw. der Erfolgsorientierung, soweit es ehrgeiziges, auf Erfolg und Leistung bedachtes Verhalten beschreibt.

"Entschlußkraft" und "Selbstvertrauen" gehen bei den gesunden Personen in weit stärkerem Maße mit "Offenheit" und "Konfliktlösungsschwierigkeiten" einher, die in dieser Gruppe einen eigenen Faktor bilden und mit Leistungs- oder Besitzstreben kaum korrelieren (vgl. Tab. 16). Möglicherweise kann man diesen Unterschied dahingehend interpretieren, daß die Personen der Patientengruppe "Entschlußkraft" und "Selbstvertrauen" weniger im Zusammenhang mit anderen sozialen Fertigkeiten sehen, sondern vielmehr als Voraussetzung oder Bedingung, Besitzstand und Leistungserfolge zu optimieren. Zwar weisen auch die Faktorenladungen in der Normalgruppe eine entsprechende Tendenz auf, die Werte liegen aber

mit .26¹⁾ ("Entschlußkraft") und .32 ("Selbstvertrauen") deutlich unter denen der Patientengruppe (.60 und .55).

5.2.2. "Besonnenheit"

Der Sekundärfaktor "Besonnenheit" umfaßte in der vorläufigen Faktorenanalyse der Gesamtstichprobe die Primärfaktoren "Gewissenhaftigkeit", "Aufmerksamkeit widmen", "Genauigkeit" und "Gehör finden". Die ersten drei Primärfaktoren stimmen mit der abschließenden Faktorenanalyse überein, an die Stelle des Primärfaktors "Gehör finden" tritt allerdings der Primärfaktor "Offenheit" (vg. Abb. 4 und Tab.7)

Tab.7.: Sekundärfaktor: "Besonnenheit"

Nr. Primärfaktoren		Stichprobenvergleich		
		Gesamt	Normalgruppe	Patientengruppe
STR	7 Gewissenhaftigkeit	.79749	.69794	.76385
STR	3 Aufmerksamkeit widmen	.66823	.73084	.64230
STR	27 Genauigkeit ("Typ-A"-Def.)	.53305	.45589	.44544
STR	14 Offenheit	.41935	.12194	.49066
STR	6 Gehör finden	.29836	.19333	.58497
STR	8 Konfliktlösungsfertigkeiten	.35875	.09197	.43024

Beim Sekundärfaktor "Besonnenheit" ist zu beobachten, daß die höchsten Ladungen ("Gewissenhaftigkeit" und "Aufmerksamkeit widmen") zwischen der Normal- und der Patientenstichprobe

¹⁾ Die Angaben zu Faktorenladungen sind im Text stets auf zwei Stellen gerundet.

übereinstimmen. Bei den Personen der Normalgruppe bilden diese beiden Primärfaktoren eine eigene Gruppe, bei den Patienten kommt eine Reihe anderer Primärfaktoren hinzu. Es sind dies "Genauigkeit", "Offenheit", "Gehör finden" und "Konfliktlösungsfertigkeiten".

Seine Meinung offen zu äußern, bei Streitigkeiten vermitteln zu können, anderen Personen seine Aufmerksamkeit zu widmen und bei ihnen auch Gehör zu finden, ist bei der Patientengruppe inhaltlich verwoben mit einem gewissenhaften, aber auch genauen und ehrgeizigen Arbeitsstil.

Auch hier zeichnet sich eine Tendenz ab, die bereits beim Faktor "Erfolgstreben" zu erkennen war: Bei den Personen der Patientengruppe stehen soziale Fertigkeiten in einer stärkeren Affinität zum Arbeits- und Leistungsverhalten, als das bei der Normalgruppe zu beobachten ist.

Bei der Normalgruppe läßt auch der Primärfaktor "Genauigkeit" relativ hoch auf den Sekundärfaktor "Besonnenheit" (.46) und ist darin mit der Faktorladung der Patientengruppe (.45) durchaus vergleichbar, wenngleich seine Ladungsspitze bei der Normalgruppe in unmittelbarem Zusammenhang mit "Besitzstreben" und "Leistungsorientierung" steht. (.47)

Die übrigen Primärfaktoren "Offenheit", "Gehör finden" und "Konfliktlösungsfertigkeiten" korrelieren bei der Normalgruppe kaum mit den Leitfaktoren "Gewissenhaftigkeit" und "Aufmerksamkeit widmen", im Falle der "Offenheit" (d.h. seine Meinung offen zu äußern) besteht sogar ein latent negativer Zusammenhang (-.12). Das könnte darauf hindeuten, daß die Zielstrukturen, die der Bewertung einzelner Verhaltensdimensionen zugrunde liegen, sich zwischen den Personen der Normal- und der Patientengruppe unterscheiden. Während bei den Normalpersonen die Hinwendung zum Partner ("Aufmerksamkeit widmen") oder zur Arbeit ("Gewissenhaftigkeit") im Mittelpunkt dieses Handlungsbereichs steht, treten bei den Patienten sozial aktive ("Offenheit") oder intervenierende ("Konfliktlösungsfertigkeiten") Verhaltensdimensionen hinzu, die über die Hinwendung hinaus zusätzliche Zielstrukturen des Handelns zum Ausdruck bringen.

5.2.3. "Selbstbestimmung"

Der Sekundärfaktor "Selbstbestimmung" vereinte in der ersten Faktorenanalyse die Primärfaktoren "Private Freiheit", "Selbstbestimmung" und "Offenheit" auf sich, in der abschließenden Faktorenanalyse ist der Primärfaktor "Offenheit" durch den Primärfaktor "Gehör finden" ersetzt.
(vgl. Abb. 4 sowie Tab. 8)

Tab.8.: Sekundärfaktor: "Selbstbestimmung"

Nr.	Primärfaktoren	Stichprobenvergleich		
		Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
STR 17	Private Freiheit	.77456	.82547	.74973
STR 22	Selbstbestimmung	.76727	.76132	.75121
STR 6	Gehör finden	.36600	.26592	.28297

Sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientengruppe korrelieren die Primärfaktoren "Selbstbestimmung" und "Private Freiheit" hoch miteinander. Bei beiden Gruppen geht selbstverantwortliches Handeln einher mit der Möglichkeit, im privaten Bereich genügend Raum zur Entfaltung oder Entwicklung eigener Interessen verfügbar zu haben.

Auf der Ebene der Gesamtstichprobe korreliert mit dem Sekundärfaktor "Selbstbestimmung" zusätzlich der Primärfaktor "Gehör finden", der jeweils mit .36 eine sehr niedrige Faktorladung aufweist und nur durch kumulierte Varianz der Normal- und Patientenstichprobe hier auffällig wird. Dessen höchste Ladungen verteilen sich auf die Sekundärfaktoren "Besonnenheit" (.57,

vgl. Tab. 7) bei der Patientengruppe und Sekundärfaktor B ("Interesse wecken", .45, vgl. Tab. 16) bei der Normalgruppe. Das erklärt den labilen Bezug dieses Primärfaktors zur Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe. Die Primärfaktoren "Offenheit" und "Gehör finden" sind in ihrer Zuordnung zu den Sekundärfaktoren wechselseitig vertauscht, allerdings auf beiden Seiten mit geringem Interpretationswert für den Stichprobenvergleich.

5.2.4. "Soziale Kompetenz"

Die Zusammensetzung des Sekundärfaktors "Soziale Kompetenz" ist im Vergleich von erster und zweiter Faktorenanalyse unverändert (vgl. Abb. 4 und Tab. 9)

Tab.9.: Sekundärfaktor: "Soziale Kompetenz"

Nr. Primärfaktoren			Stichprobenvergleich		
			Gesamt	Normalgruppe	Patientengruppe
SOK	7	Kontaktfreude	.83275	.81128	.83159
SOK	9	Gesprächigkeit	.81386	.82736	.82064
SOK	18	Verbale Faszinationskraft	.76587	.61460	.76724
SOK	19	Gesprächsbereitschaft	.75006	.73480	.77305
SOK	8	Geselligkeit	.77501	.81825	.79650
SOK	2	Attraktivität	.67187	.42395	.66231
SOK	17	Überzeugungskraft	.63614	.49751	.63512
SOK	6	Organisationsfreude	.62119	.58273	.66813
SOK	15	Sicheres Auftreten	.51804	.39651	.50818
SOK	4	Desinteresse an Geselligkeit	-.34735	-.47567	-.37277

Rhetorisches Geschick, Freude an geselligen Kontakten, sowie Argumentationskraft und Organisationsfreude charakterisieren die Beschreibung des Sekundärfaktors "Soziale Kompetenz".

Gegenüber der Gesamtstichprobe bzw. der Patientengruppe, deren Faktorenstruktur hier identisch ist, weist die Normalgruppe einige Abweichungen auf.

Die Primärfaktoren "Attraktivität" und "Sicheres Auftreten" korrelieren zwar mit .42 bzw. .40 auch bei den Personen der Normalgruppe mit den Leitfaktoren der "Sozialen Kompetenz", die höchsten Ladungen stehen jedoch im Kontext anderer Primärfaktoren ("Soziale Führung" und "Interesse wecken", vgl. Tab. 11).

Der Primärfaktor "Attraktivität" gesellt sich bei der Normalgruppe zusammen mit dem Primärfaktor "Gehör finden" zu dem Sekundärfaktor "Interesse wecken". "Sicheres Auftreten" korreliert hier mit dem Sekundärfaktor "Soziale Führung", der auch die Leitfaktoren "Offenheit", "Entschlußkraft" und "Konfliktlösungsfertigkeiten" einschließt.

Vorsichtig interpretiert könnte das auf größere soziale Unsicherheit bei den Personen der Patientengruppe hinweisen, die im Zusammenhang mit Kontaktfreude und Geselligkeit an sich selbst, mehr als die Personen der Normalgruppe, den Anspruch des attraktiven und sicheren Auftretens erheben.

Dafür spricht auch der Umstand, daß bei der Normalgruppe der Primärfaktor "Desinteresse an Geselligkeit" mit negativem Vorzeichen zum Faktor "Soziale Kompetenz" zählt. "Soziales Interesse" stellt für die Personen der Normalgruppe einen Bestandteil der "Sozialen Kompetenz" dar.

Bei den Patienten ist der Primärfaktor "Desinteresse an Geselligkeit" isoliert, er bildet einen eigenen Sekundärfaktor (vgl. Tab.13). Diese Verhaltensdimension nimmt im Bewertungsschema der Patienten eine einzelne, herausgehobene Stellung ein. Nur tendenziell korreliert auch bei ihnen der Primärfaktor "Desinteresse an Geselligkeit", vergleichbar der Normalgruppe, negativ mit "Sozialer Kompetenz". Das könnte bedeuten, daß "Soziales Desinteresse" in der subjektiven Beurteilung der Patienten eine dominantere Rolle spielt, als das bei den untersuchten, gesunden Personen der Fall ist. Der soziale Anspruch im geselligen Umgang mit anderen scheint

zwischen Normal- und Patientengruppe verschoben zu sein: Für die Patientengruppe ist soziales Desinteresse ein herausragender, gegenüber dem Verhaltenskorrelat der sozialen Kompetenz isolierter Faktor. Insoweit bei den Patienten "Soziale Kompetenz" zum Ausdruck gebracht wird, geht sie mit erhöhter "Attraktivität" und betont "Sicherem Auftreten" einher. Bei den Normalpersonen rücken hier mehr die Fertigkeiten "Sozialer Führung" in den Vordergrund.

5.2.5. "Emotionale Kontrolle"

Die Primärfaktoren des Sekundärfaktors "Emotionale Kontrolle" stimmen zwischen erster und zweiter Faktorenanalyse überein.

(Vgl. Abb. 4 und Tab. 10).

Tab.10.: Sekundärfaktor: "Emotionale Kontrolle"

Nr. Primärfaktoren		Stichprobenvergleich		
		Gesamt	Normalgruppe	Patientengruppe
STR	25 Abwesenheit von Ärger	.77780	.77567	.76497
STR	1 Ärgerkontrolle	.68013	.86288	.62865
STR	19 Reizbarkeit	-.53314	-.31770	-.58539
STR	8 Konfliktlösungsfertigkeiten	.44397	.32206	.36934
SOK	5 Emotionale Zurückhaltung	.35036	.60744	.24459

Die Leitfaktoren "Abwesenheit von Ärger" und "Ärgerkontrolle" sind bei Normal- und Patientenstichprobe gleich, die weiteren Primärfaktoren variieren hinsichtlich der Zuordnung zu Sekundärfaktoren. "Geringe Reizbarkeit" (das Vorzeichen ist negativ) korreliert bei der Patientengruppe mit dem Sekundärfaktor "Emotionale

Kontrolle" höher als mit anderen Sekundärfaktoren. Bei der Normalgruppe zeigt die Faktorenladung mit -0.32 eine vergleichbare Tendenz an, erreicht jedoch unter dem Sekundärfaktor "Konfliktvermeidung" mit 0.55 (positives Vorzeichen) ihren höchsten Ladungswert (vgl. Tab. 15). Ärgerliche Anspannung, Widerspruch oder Provokationen, die durch das Auftreten oder Verhalten von Mitmenschen ausgelöst wurden und mit dem Begriff "Reizbarkeit" umschrieben sind, nehmen in der Beurteilung von Normalpersonen bzw. Patienten einen sehr unterschiedlichen Stellenwert ein.

"Abwesenheit von Ärger", sich also nicht so leicht in Wut bringen zu lassen, oder aufkeimenden Ärger zu beherrschen ("Ärgerkontrolle") geht bei den Patienten mit der Reduzierung der "Reizbarkeit" einher. Zum Ärger reizende Situationen werden hier offenbar eher kontrolliert, d.h. auf der Ebene der Verhaltensreaktion beherrscht. Bei den Personen der Normalgruppe geht "Reizbarkeit" einher mit "Verdrängung" und "Wahrung der Privatsphäre". Diese Personengruppe begegnet provokativen Situationen mehr durch Vermeidungsverhalten und Ausgrenzung aus dem persönlich-privaten Bereich. Im Sinne einer wechselseitigen Interpretation der Faktorenstruktur liegt auch die Vermutung nahe, daß Personen der Normalgruppe ärgerliche Situationen gedanklich beiseite schieben oder sich in der Folge auf ihren persönlichen Bereich zurückziehen, möglicherweise, um dort Ablenkung zu finden. Darauf könnte der Umstand hindeuten, daß "Desinteresse an Geselligkeiten" bei der Normalgruppe zwar mit -0.48 am höchsten auf den Sekundärfaktor "Soziale Kompetenz" lädt (vgl. Tab. 9), aber unter dem Sekundärfaktor "Konfliktvermeidung" mit 0.44 (positives Vorzeichen) einen fast ähnlich hohen Wert erreicht (vgl. Tab. 15).

"Soziales Desinteresse" weist bei der Normalgruppe somit auf einen situationsspezifischen Kontext hin, zusammen mit den Primärfaktoren "Verdrängung", "Wahrung der Privatsphäre" und "Reizbarkeit" durch unliebsame Anwesenheit anderer Personen.

Bei der Patientengruppe hingegen bilden die Faktoren "Reizbarkeit" und "Desinteresse an Geselligkeit" mit den Faktoren "Verdrängung" und "Wahrung der Privatsphäre" praktisch keinen Zusammenhang.

Der Primärfaktor "Reizbarkeit" weist zum Sekundärfaktor "Konfliktvermeidung" einen Ladungswert von .04 auf, zum Sekundärfaktor "Emotionale Kontrolle" hingegen einen Wert von -.59. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, daß

- a) Personen der Normalstichprobe Provokationen eher aus dem Weg gehen, oder sie gedanklich beiseite schieben, und daß
- b) Personen der Patientengruppe Provokationen keineswegs verdrängen oder ihnen aus dem Wege gehen, sondern versuchen, ihren Ärger darüber zu beherrschen.

5.2.6. "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen"

Die unter dem Tertiärfaktor "Streß" vereinten Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen" können nur auf der Ebene der Gesamtstichprobe bzw. der Patientenstichprobe voneinander abgegrenzt werden. Bei den Personen der Normalgruppe bündeln exakt die gleichen Primärfaktoren dieser beiden Bereiche zu einem einzigen Sekundärfaktor "Streßreaktionen und "Negative Lebenserfahrungen" .

Bei beiden Sekundärfaktoren ist zwischen erster und zweiter Faktorenanalyse die Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe gleich. Im folgenden werden beide Bereiche zusammen betrachtet. (vgl. Abb. 5 sowie Tab. 11 und 12).

Tab.11.: Sekundärfaktor: "Stressreaktionen"

Nr. Primärfaktoren		Stichprobenvergleich		
		Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
STR	28 Morgenmüdigkeit	.79812	.55795	.80426
STR	29 Schlafstörungen	.78397	.52437	.77488
STR	30 Seelische Belastungen ("Druck")	.77868	.78782	.71347
STR	13 Nicht abschalten können	.75375	.69550	.72028
STR	12 Muskelverspannung	.72507	.67844	.72186
STR	18 Psychisch bedingte Beschwerden	.69815	.67849	.65431
STR	26 Arbeitsbelastung	.67697	.65643	.62739
STR	10 Leistungseinschränkung	.63197	.58015	.57765
STR	5 Erschöpfung	.62161	.57112	.52168
STR	4 Entspannungsfähigkeit	-.56410	-.42373	-.57288
STR	9 Kummer und Sorgen	.55390	.83382	.39471
STR	16 Pessimismus	.44367	.75120	.25909
STR	21 Schwierigkeiten im Leben	.50528	.72802	.35678
STR	20 Resignation	.42227	.68744	.27139
STR	15 Optimismus	-.31118	-.50367	-.21431

Der Sekundärfaktor "Streßreaktionen"¹⁾ umfaßt bei der Patienten-
gruppe vor allem die Bereiche Schlafstörungen, Verspannung,
Leistungsdefizite, Erschöpfung und mangelnde Entspannungs-
fähigkeit (negatives Vorzeichen). Bei der Normalgruppe gehen
diese Streßreaktionen einher mit den "Negativen Lebenserfahrungen",
mit Kummer und Sorgen, Pessimismus und Resignation. Das bedeutet,
daß bei den Personen der Normalgruppe negative Lebenserfahrungen
und unterschiedliche Streßreaktionen unmittelbar aneinander
gekoppelt sind.

Anders bei den Patienten. Bei ihnen sind Streßreaktionen mehr als
bei den gesunden Personen ein isolierter Bereich, der nur tenden-
ziell mit negativen Lebenserfahrungen einhergeht (vgl. Tab.11).
Die Primärfaktoren "Kummer und Sorgen", "Pessimismus", "Schwie-
rigkeiten im Leben", "Resignation" und "Mangelnder Optimismus"
(negatives Vorzeichen) bilden bei den Patienten einen eigenen
Sekundärfaktor, mit dem beispielsweise die Streßfaktoren "Morgen-
müdigkeit" und "Schlafstörungen" kaum einen Zusammenhang
zeigen (vgl. Tab.12).

¹⁾ Die Begriffszuordnungen "Streßreaktionen" bzw. "Negative Lebens-
erfahrungen" wurden auf der Grundlage der Gesamtstichprobe
gewonnen, deren Faktorenstruktur hier derjenigen der Patienten-
gruppe entspricht. Bei der Normalgruppe verwischen die Grenzen
der Differenzierbarkeit, für die Diskussion der Faktoren wird
das auf die Gesamtstichprobe bezogene Begriffssystem angewandt.

Tab.12 Sekundärfaktor: "Negative Lebenserfahrung"

Nr. Primärfaktoren		Stichprobenvergleich		
		Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
STR 16	Pessimismus	.73346	.75120	.83898
STR 9	Kummer und Sorgen	.59967	.83382	.72958
STR 21	Schwierigkeiten im Leben	.56832	.72802	.67745
STR 20	Resignation	.50855	.68474	.58482
STR 15	Optimismus	-.49379	-.50367	-.53753
STR 28	Morgenmüdigkeit	-.07277	.55795	.07894
STR 29	Schlafstörungen	-.06916	.52437	.00860
STR 30	Seelische Belastungen	.23201	.78782	.38186
STR 13	Nicht abschalten können	.13666	.69550	.23397
STR 12	Muskelverspannung	.12088	.67844	.15726
STR 18	Psychisch bedingte Beschwerden	.17749	.67849	.25444
STR 26	Arbeitsbelastung	.19988	.65643	.36924
STR 10	Leistungseinschränkung	.28626	.58015	.38347
STR 5	Erschöpfung	.34474	.57112	.39403

"Muskelverspannungen" oder "Psychisch bedingte Beschwerden" zeigen nur einen geringen Zusammenhang mit den Leitfaktoren des Bereiches "Negative Lebenserfahrungen". Die Abkoppelung der Streßreaktionen könnte ein Indiz dafür sein, daß diese bei den Patienten bereits eine gewisse Eigendynamik entwickelt haben, d.h. daß die Betroffenen auch unabhängig von schwierigen oder Sorgen bereitenden Lebensumständen an starker Streßbelastung leiden.

Bei den Patienten scheinen deshalb Streßreaktionen ein Verhaltens- und Reaktionsmuster widerzuspiegeln, das mitunter losgelöst von negativen Lebensumständen beobachtet wird. Bei den gesunden Personen der Normalgruppe stehen beide Verhaltens- und Reaktions-ebenen hingegen in enger Wechselbeziehung.

5.2.7. "Soziales Desinteresse"

Der Sekundärfaktor "Soziales Desinteresse" entspricht dem Primärfaktor "Desinteresse an Geselligkeiten" (vgl. Abb. 6). Es wurde bereits im Kontext zur "Sozialen Kompetenz" (vgl. Tab. 9) sowie im Zusammenhang mit der Diskussion des Faktors "Emotionale Kontrolle" (vgl. Tab. 10 und 15) erörtert. Die erklärte Varianz dieses Faktors streut über mehrere Sekundärfaktoren, die im Vergleich von Normal- und Patientenstichproben nicht übereinstimmen. Tabelle 13 zeigt die jeweils höchsten und zweithöchsten Ladungen dieses Faktors, verteilt auf die unterschiedlichen Sekundärfaktoren.

Tab.13.:Sekundärfaktor: "Soziales Desinteresse"

Vergleiche Tabellen 4,9, und 10.

Nr. Primärfaktoren	Stichprobenvergleich		
	Gesamt	Normalgruppe	Patientengruppe
SOK 4 Desinteresse an Geselligkeit	.62492 * (Einzelfaktor)	-	.54222 * (Einzelfaktor)
-	-.34735 ** (im Kontext Tab. 4)	-.47567 * (im Kontext Tab. 4)	-
-	-	.44146 ** (im Kontext Tab. 10)	.41101 ** (im Kontext Tab. 9)

* = höchste Ladung von SOK 4 in jeweils einer Gruppe

** = zweithöchste Ladung von SOK 4 in jeweils einer Gruppe

Zusammenfassend ist anzumerken, daß der Primärfaktor "Desinteresse an Geselligkeit" mit einer Ladung von .63 (Gesamtstichprobe) einen Einzelfaktor bildet, die zweithöchste Ladung ist unter dem Sekundärfaktor "Soziale Kompetenz" zu beobachten (- .35).

Für die Normalgruppe verteilen sich die Ladungen dieses Faktors auf die Sekundärfaktoren "Soziale Kompetenz" (- .48) und "Konfliktvermeidung" (.44). Bei der Patientengruppe ist "Soziales Desinteresse" mit einem maximalen Ladungswert von .54 isoliert, der zweithöchste Ladungswert tritt bei dieser Gruppe unter dem Sekundärfaktor "Soziale Inkompetenz" (.41) auf.

5.2.8. "Soziale Inkompetenz"

Die Primärfaktoren zum Sekundärfaktor "Soziale Inkompetenz" entsprechen einander im Vergleich von erster und zweiter Faktorenanalyse (vgl. Abb. 6, sowie Tab. 14).

Tab.14 Sekundärfaktor: "Soziale Inkompetenz"

Nr. Primärfaktoren		Stichprobenvergleich		
		Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
SOK	11 Mangelnde Überzeugungskraft	.86457	.87440	.86127
SOK	12 Redehemmung	.84743	.79114	.85703
SOK	10 Mangelnde Redegewandheit	.83530	.88357	.80641
SOK	16 Unsicherheit im Gespräch	.81643	.84884	.79751
SOK	13 Schweigsamkeit	.72060	.72048	.72582
SOK	14 Schüchternheit	.69514	.67154	.73511
SOK	1 Ablehnung erfahren	.59441	.51517	.65876

Auch die Faktorenanalysen zwischen den Daten der Normal- und der Patientengruppe lassen keine Unterschiede in der Zusammensetzung der Faktorenstruktur erkennen.

"Soziale Inkompetenz" stellt somit einen sehr homogenen Faktor dar, dessen Inhalte unabhängig von der Gruppenzuordnung vergleichbar sind. Mangelndes rhetorisches Geschick, Unsicherheit oder Schweigsamkeit in Gesprächssituationen, bis hin zur Erfahrung, vom Gesprächspartner abgelehnt zu werden, kennzeichnen die Thematik dieses Faktors.

5.2.9. "Konfliktvermeidung"

Die Primärfaktoren des Sekundärfaktors "Konfliktvermeidung" sind auf der Basis der Gesamtstichprobe zwischen erster und zweiter Faktorenanalyse gleich (vgl. Abb. 6, sowie Tab. 15).

Tab.15 Sekundärfaktor: "Konfliktvermeidung"

Nr. Primärfaktoren			Stichprobenvergleich		
			Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
STR	24	Verdrängung	.63565	.46353	.64400
SOK	5	Emotionale Zurückhaltung	.59369	.44867	.70895
SOK	20	Wahrung der Privatsphäre	.56834	.61784	.72701
STR	19	Reizbarkeit	.10662	.55237	.04036
SOK	4	Desinteresse an Geselligkeit	.20699	.44146	.14760

Die Faktorenstruktur unterscheidet sich jedoch hinsichtlich der Daten der Normal- und der Patientengruppe. Die zur "Konfliktvermeidung" gehörenden Primärfaktoren der Patientengruppe entsprechen der Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe. Die Primärfaktoren "Verdrängung", "Emotionale Zurückhaltung" und "Wahrung der Privatsphäre" bilden für diese Gruppe aufgrund der höchsten Faktorladungen eine Einheit; für die Normalgruppe sind dies die Primärfaktoren "Verdrängung", "Wahrung der Privatsphäre" und "Reizbarkeit". Die unterschiedliche Verknüpfung dieser Primärfaktoren läßt eine inhaltlich anders gelagerte Bewertung des Faktors "Konfliktvermeidung" zwischen den Personen der Normal- und der Patientengruppe vermuten. Im Kontext zum Sekundärfaktor "Emotionale Kontrolle" wurde auf mögliche Bedeutungsunterschiede dieser Faktorenkonstellationen bereits eingegangen (s.o., Kap. 5.2.5.).

5.2.10. Zusammenfassung

Die bisher beschriebenen Sekundärfaktoren wurden auf der Grundlage einer vorläufigen Faktorenanalyse gewonnen, mit dem Datenmaterial von insgesamt 630 Testpersonen. Dem Begriffssystem der dabei erhaltenen Faktorenstruktur wurden die Daten der abschließenden, zweiten Faktorenanalyse gegenübergestellt. Die Ergebnisse der Analyse der Gesamtstichprobe bestätigen mit einer Ausnahme die Faktorenstruktur der ersten, vorläufigen Faktorenanalyse. Die Primärfaktoren "Offenheit" und "Gehör finden" sind hinsichtlich ihrer Zuordnung zu den Sekundärfaktoren "Besonnenheit" und "Selbstbestimmung" vertauscht. Wegen der geringen Ladungen dieser Primärfaktoren kann diese Unterscheidung für die Datenanalyse vernachlässigt werden. Aus ökonomischen Gründen wurde deshalb für die Darstellung der Sekundärfaktoren die Faktorenstruktur der vorläufigen Faktorenanalyse beibehalten, die praktisch das gleiche begriffliche Beschreibungsmodell wie die spätere Kontrollanalyse der Gesamtstichprobe liefert. Dieses Beschreibungsmodell basiert auf einer Bündelung derjenigen Primärfaktoren, deren höchste Ladungen einem Sekundärfaktor subsummiert sind. Eine

zusätzliche Bewertung der einzelnen Ladungsstärken im Sinne einer inhaltlichen Abstufung oder Gewichtung der Sekundärfaktoren-Anteile wurde dazu nicht geleistet. Statt dessen wurden die Summenscores der Sekundärfaktoren varimax-rotiert und in drei Tertiärgruppen ("Erfolgsorientierung", "Streß" und "Zurückhaltung") untergliedert, um die Dichte inhaltlicher Wechselbeziehungen zwischen den Sekundärfaktoren darzustellen.

Das Beschreibungssystem der Gesamtstichprobe entspricht weitgehend der Faktorenstruktur der Patientengruppe. Dieses Ergebnis war zu erwarten, da von den Patienten das umfangreichere Datenmaterial in die Gesamtanalyse eingeht. Beide Stichprobenebenen sind miteinander zu 74 Prozent identisch. Der Anteil der Normalpersonen an der Gesamtstichprobe von 788 Personen beträgt 26 Prozent.

Die Faktorenstruktur der Normalgruppe weicht in einigen Fällen von derjenigen der Patientengruppe ab, wenn man beim Vergleich der beiden Gruppen jeweils von den Leitfaktoren (Primärfaktoren mit den höchsten Ladungen) der Gesamtstichprobe ausgeht. Die Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe, die in den Abbildungen 3 bis 6 dargestellt wurde, bildet das Analyseschema der Sekundärfaktoren. Die Abweichungen der Normalgruppe bleiben dabei unberücksichtigt, d.h. die Daten der Normalgruppe werden analog dem Schema der Gesamtstichprobe organisiert und ausgewertet. Dieses methodische Vorgehen ist erforderlich, um die Daten der Normal- bzw. Patientengruppe auf dem Niveau der Sekundärfaktoren vergleichbar zu machen. Dabei werden den Faktoren der Patientengruppe die entsprechenden Datenbündel der Normalgruppe gegenübergestellt.

Dieses Abstraktionsniveau erlaubt eine komprimierte Darstellung unterschiedlicher Streßbelastungen zwischen den Personen der Normalgruppe und den einzelnen Patientengruppen.

5.2.11. Abweichende Sekundärfaktoren der Normalgruppe

Die Faktorenstruktur der Normalgruppe weicht teilweise von derjenigen der Patientengruppe ab. Für alle Kontrollanalysen (Gesamtstichprobe 788 Personen, Normal- und Patientenstichprobe) wurde als statistisches Kriterium die Bildung von zehn Sekundär-

faktoren festgelegt, um sie miteinander sowie mit der ersten Faktorenanalyse (Gesamtstichprobe: 630 Personen) vergleichen zu können.

Die Verschiebungen von Primärfaktoren innerhalb einzelner Sekundärfaktoren wurden bereits erörtert. Darüber hinaus lassen sich für die Normalgruppe zwei Sekundärfaktoren abgrenzen, die in den weitgehend identischen Faktorenstrukturen der Gesamtstichprobe bzw. der Patientengruppe nicht enthalten sind. Bei der Normalgruppe gibt es im Gegensatz zur Patientengruppe

- a) keinen isolierten Faktor "Soziales Desinteresse". Dieser Primärfaktor ist, mit negativem Vorzeichen im Sinne eines "sozialen Interesses", dem Sekundärfaktor "Soziale Kompetenz" zugeordnet. Ferner bilden
- b) die Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen" bei der Normalgruppe einen Gesamtfaktor, der keine Differenzierung in zwei voneinander abgekoppelte Bereiche zuläßt und dessen begriffliche Unterscheidung aus der Faktorenstruktur der Patientengruppe abgeleitet ist.

Neben den acht Sekundärfaktoren, die denen der Patientengruppe inhaltlich im wesentlichen entsprechen, können aus den Daten der Normalgruppe zwei zusätzliche Faktoren herausgefiltert werden. Sie sind zur Abgrenzung von den übrigen Sekundärfaktoren als "Sekundärfaktor A" bzw. "Sekundärfaktor B" gekennzeichnet. Die begriffliche Etikettierung dieser Faktoren ist aus dem Informationsgehalt der jeweils zugeordneten Primärfaktoren zu ermitteln.

Einen Überblick zu allen Sekundärfaktoren und den ihnen zugeordneten Primärfaktoren geben die Tab. 57 - 60 im Anhang (S. 289 - 291) wieder. Diese Abbildungen stellen die Faktorengruppen im Vergleich von Normal- und Patientenstichproben dar, die Primärfaktoren sind nach Ladungsstärken aufgelistet.

5.2.11.1. "Soziale Führung"

Der Sekundärfaktor "A" (vgl. Tab. 16) umfaßt die Primärfaktoren "Offenheit", "Entschlußkraft", "Konfliktlösungsfertigkeiten", "Selbstvertrauen", sowie "Sicheres Auftreten".

Dieser Sekundärfaktor signalisiert selbstbewußtes Auftreten, offene Meinungsäußerung sowie das Geschick einer Person, bei Unstimmigkeiten akzeptable Lösungen zwischen den streitenden Parteien herbeizuführen. Dieses Bündel an sozialen Fertigkeiten wird mit dem Begriff "Soziale Führung" überschrieben. Es ist in dieser Form nur bei den Personen der Normalgruppe, nicht bei der Patientengruppe vorzufinden. Betrachtet man bei den Patienten den Kontext der Primärfaktoren "Entschlußkraft" und "Selbstvertrauen", dann zeigt sich, daß diese in einem ausgeprägten Zusammenhang zu "Besitzstreben" und "Leistungsorientierung" stehen. Die Primärfaktoren "Offenheit" und "Konfliktlösungsfertigkeiten" stehen bei der Patientengruppe ebenfalls in einem auf Leistung orientierten Kontext - sie korrelieren am höchsten mit "Gewissenhaftigkeit" und "Genauigkeit" beim Arbeiten (vgl. Tab.17).

Bei den Personen der Normalgruppe stehen die Verhaltensbereiche der "Sozialen Führung" mit "Besitzstreben" oder "Leistungsorientierung" in praktisch keinem Zusammenhang. Auf die Beziehungen zwischen diesen Faktoren wurde bereits in den Kapiteln 5.2.1. und 5.2.2. hingewiesen. Möglicherweise deuten die Ergebnisse darauf hin, daß Patienten ihre sozialen Fertigkeiten oder Führungsqualitäten gegenüber Mitmenschen vornehmlich am Arbeits-, Besitz- und Leistungserfolg festmachen. Bei den untersuchten gesunden Personen gleicht der Sekundärfaktor "Soziale Führung" eher dem Themenkreis der "Sozialen Kompetenz". "Soziale Führung" hebt auf den Stil persönlichen Auftretens ab, "Soziale Kompetenz" beschreibt eher die Kontakt- und Gesprächsbereitschaft einer Person. Beide Ebenen drücken bei der Normalgruppe soziale Fähigkeiten aus, die offenbar nicht an Leistungs- oder Besitzmaßstäben gemessen werden.

Tab.16 Abweichende Sekundärfaktoren der Normalgruppe

Nr. Sekundärfaktor A ("Soziale Führung")			Stichprobenvergleich		
			Gesamt	Normal- gruppe	Patienten- gruppe
STR	14	Offenheit	.24384	.71422	.30873
STR	3	Entschlußkraft	.55206	.60330	.59461
STR	8	Konfliktlösungsfertigkeit	.34913	.59480	.37785
STR	23	Selbstvertrauen	.50369	.56009	.55395
SOK	15	Sicheres Auftreten	.36049	.45273	.26888
STR	2	Besitzstreben	.80396	.07318	.80685
STR	11	Leistungsorientierung	.79708	.13424	.79454
Sekundärfaktor B ("Interesse wecken")					
SOK	2	Attraktivität	.67187	.57922	.66231
STR	6	Gehör finden *	.34781	.45064	.22005
SOK	7	Kontaktfreude	.83275	.09783	.83159
SOK	9	Gesprächigkeit	.81386	.06619	.82064
SOK	8	Geselligkeit	.77501	.02958	.79650
SOK	18	Verbale Faszinationskraft	.76587	.38691	.76724
SOK	19	Gesprächsbereitschaft	.75006	.00365	.77305
SOK	17	Verbale Beeinflussung	.63614	.22217	.63512
SOK	6	Organisationsfreude	.62119	-.00747	.66813
SOK	15	Sicheres Auftreten	.51804	.16917	.50818

* höchste Ladungszahl der Gesamtstichprobe: .36600, vgl. Tab. 8

5.2.11.2 . "Interesse wecken"

Der Sekundärfaktor "B" der Normalgruppe umfaßt die Primärfaktoren "Attraktivität" und "Gehör finden" (vgl. Tab. 16). Bei Freunden oder Bekannten Gehör für seine Anliegen und auch bei anderen Menschen Anklang zu finden, kommt durch diesen Sekundärfaktor zum Ausdruck. Er wird in der Folge mit dem Begriff "Interesse wecken" umschrieben, da er die Aufmerksamkeit, die einer Person entgegengebracht wird, kennzeichnet. "Attraktivität" steht bei den Personen der Patientengruppe im Kontext zur "Sozialen Kompetenz". Personen der Patientengruppe erheben für sich selbst den Anspruch der "Attraktivität", um mit anderen Menschen kontaktfreudig und gesprächsbereit umgehen zu können. Bei den Personen der Normalgruppe ist "Attraktivität" keine Voraussetzung, um sozial kompetent zu interagieren. Die Primärfaktoren der "Sozialen Kompetenz" ("Kontaktfreude"etc.) weisen bei der Normalgruppe mit "Attraktivität" fast keine Korrelationen auf, bei der Patientengruppe besteht hingegen ein ausgeprägter Zusammenhang (vgl. auch Tab.9).

Der Primärfaktor "Gehör finden" steht bei der Patientengruppe im Kontext zum Sekundärfaktor "Besonnenheit" (vgl. Tab.17), der durch die Primärfaktoren "Gewissenhaftigkeit" und "Genauigkeit" beim Arbeiten eine gewisse arbeits- und leistungsorientierte Bewertung erfährt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Patienten eine Reihe von unterschiedlichen sozialen Fertigkeiten vermutlich überwiegend an ihren Besitz- oder Arbeitserfolgen messen bzw. daran ausrichten. Bei den Normalpersonen scheint der Bereich der "Sozialen Kompetenz" aufgrund der Faktorenstruktur einen höheren Eigenwert zu erfahren, bei den Patienten steht dieser Themenkreis wesentlich stärker in Abhängigkeit von leistungsbezogenen Zielen. Ob die Knüpfung der sozialen Kompetenz an Leistungserfolge beispielsweise soziale Unsicherheiten auffangen soll oder tatsächlich auf eine alles überlagernde Leistungsorientierung hinweist, kann erst vor dem Hintergrund der Datenanalysen beurteilt werden.

5.3. Eigenwerte und erklärte Varianzen der SCOPE-Faktoren

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick zum Anteil der jeweils erklärten Varianz bei

- a) der Gesamtstichprobe
- b) der Normalstichprobe, und
- c) der Patientenstichprobe.

Die Tabellen geben die Eigenwerte der Sekundärfaktoren, die Anteile der Gesamtvarianz in Prozent sowie die kumulierten Prozentanteile an.¹⁾

Tab. a) "Gesamtstichprobe"

	Sekundär- faktoren	Eigenwert	Anteil der Gesamtvarianz in %	kumuliert %
Streßreaktionen	1	12.185	24.4.	24.4
Soziale Kompetenz	2	7.753	15.5	39.9
Soziale Inkompetenz	3	4.230	8.5	48.3
Erfolgsstreben	4	2.889	5.8	54.1
Negative Lebenserf.	5	1.666	3.3	57.4
Selbstbestimmung	6	1.514	3.0	60.5
Besonnenheit	7	1.363	2.7	63.2
Emotionale Kontrol.	8	1.137	2.3	65.5
Konfliktvermeidung	9	1.123	2.2	67.7
Soziales Desinter- esse	10	1.085	2.2	69.9

Mit der SCOPE-Faktorenanalyse werden 69.9 % der Gesamtvarianz der Gesamtstichprobe erklärt. Dazu bilden die Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" und "Soziale Kompetenz" einen kumulierten Anteil von 39.9 %, die übrigen acht Sekundärfaktoren erklären weitere 30 % der Gesamtvarianz.

¹⁾ Mittelwerte, Standardabweichungen und untersuchte Stichproben-
größen sind auf der Basis der Sekundärfaktoren im Anhang, S. 295 ff.
wiedergegeben.

Tab. b) "Normalstichprobe"

	Sekundär- faktor	Eigenwert	Anteil der Gesamtvarianz %	kumuliert %
Streßreaktionen	1	11.349	22.7	22.7
Soziale Inkompetenz	2	6.921	13.8	36.5
Soziale Kompetenz	3	4.195	8.4	44.9
Soziale Führung	4	3.202	6.4	51.3
Emotionale Kontrolle	5	2.095	4.2	55.5
Erfolgsstreben	6	1.744	3.5	59.0
Konfliktvermeidung	7	1.529	3.1	62.1
Besonnenheit	8	1.391	2.8	64.9
Selbstbestimmung	9	1.217	2.4	67.3
Attraktivität	10	1.070	2.1	69.4

Mit der SCOPE-Faktorenanalyse werden von der Gesamtvarianz der Normalstichprobe 69.4% erklärt. Die Sekundärfaktoren "Streßreaktionen und negative Lebenserfahrungen" (als Einzelfaktor, vgl. Kap. 5.2.6. und "Soziale Inkompetenz" bilden einen kumulierten Anteil von 36.5 %, die übrigen acht Sekundärfaktoren erklären weitere 32.9 %.

Tab. c) "Patientenstichprobe"

	Sekundär- faktor	Eigenwert	Anteil der Gesamtvarianz %	kumuliert %
Soziale Inkompetenz	1	12.062	24.1	24.1
Soziale Kompetenz	2	8.017	16.0	40.2
Streßreaktionen	3	4.399	8.8	49.0
Negative Lebenserf.	4	2.739	5.5	54.4
Erfolgsstreben	5	1.621	3.2	57.7
Besonnenheit	6	1.538	3.1	60.8
Konfliktvermeidung	7	1.463	2.9	63.7
Selbstbestimmung	8	1.208	2.4	66.1
Emotionale Kontr.	9	1.150	2.3	68.4
Soziales Desinteresse	10	1.042	2.1	70.5

Die SCOPE-Faktorenanalyse erklärt 70.5 % der Gesamtvarianz der Patientenstichprobe. Die Sekundärfaktoren "Soziale Kompetenz " und "Soziale Inkompetenz" (vgl. Kap.5.2.4./5.2.8.)bilden einen kumulierten Anteil von 40.2 %, die übrigen acht Sekundärfaktoren erklären weitere 30.3 %.

6. Faktorenanalyse der "Kriterien"

Neben den Items zum "SCOPE"-Fragebogen wurden im Laufe des STRESA-Forschungsprojekts eine Reihe weiterer Items zu den Bereichen "Lebenszufriedenheit", "Lebensqualität", "Lebensgewandtheit", "Lebensstil" und "Gesundheit" (subjektive Angaben zum gesundheitlichen Befinden der Testpersonen) entwickelt. Die einzelnen Entwicklungsschritte und Itemvalidierungen dieser als "Kriterien" bezeichneten Untersuchungsbereiche sind bei RÜHLMANN (1986) dokumentiert.

In der vorliegenden Fragebogenkonzeption werden die Kriterien an "Lebenszufriedenheit", "Lebensqualität", "Lebensgewandtheit", "Lebensstil" und "Gesundheit" eingesetzt (s. Anhang, S. 306 ff.). Die Kriterien-Items wurden in früheren Arbeiten des STRESA-Projekts entwickelt (vgl. RÜHLMANN, a.a.O., BRENGELMANN & MAKKONEN, 1981; sowie BRENGELMANN, MÜLLER, MAAS et HOHENBERGER, 1981).

Die "Lebensstil"-Items wurden aus einer Studie abgeleitet, die von der SPD (1984) zur Analyse von Werthaltungen in der Bevölkerung in Auftrag gegeben wurde. Mit der Durchführung der Studie wurden die Sozialforschungsinstitute INFRA-Test, München, SINUS, Heidelberg und der sozialwissenschaftliche Berater Horst BECKER betraut.

Die Faktorenstrukturen der Kriterien "Lebensqualität", "Lebensgewandtheit" und "Gesundheit" wurden aus früheren Arbeiten übernommen und für die vorliegende Untersuchung angewendet. Die Items der Kriterien "Lebenszufriedenheit" und "Lebensstil" wurden erstmalig auf der Basis der Gesamtstichprobe dieser Arbeit (788 Personen) einer Faktorenanalyse unterzogen. Eigenwerte und erklärte Varianzen dieser Kriterien-Faktoren sind im Anhang dokumentiert (vgl. Anhang, S. 297)

Im folgenden werden die Kriterien-Faktoren mit den zugehörigen Items dargestellt.

6.1. Lebenszufriedenheit

Das Kriterium "Lebenszufriedenheit" ist in sechs Faktoren gegliedert. Die Items der Faktoren weisen jeweils das gleiche Formulierungsschema auf.

Die Itemformulierung lautet jeweils:

Mit meinem/meiner.... (z.B. "Beruf") bin ich gar nicht/ein wenig/
weitgehend/ vollkommen zufrieden

- (1) Der erste Faktor entspricht dem Item Nr. 1 und lautet "Allgemeine Lebenszufriedenheit". Er kennzeichnet den Gesamteindruck hinsichtlich der Lebenszufriedenheit einer Person, ohne einen speziellen Lebensbereich explizit zu gewichten.
Dieser Faktor wurde zur Feststellung der allgemeinen Befindlichkeit aus der Faktorenanalyse ausgeklammert.

- (2) Der Faktor 2 ist mit dem Faktoretikett "Freizeit" umschrieben. Er umfaßt die Items

- Nr. 7 "Freizeitgestaltung" (.69)
- Nr. 8 "Freundes- und Bekanntenkreis" (.66)
- Nr. 13 "Beliebtheit bei anderen" (.77)
- Nr. 14 "Selbstachtung" (.68)

Dieser Faktor beschreibt die soziale Integration und, daran geknüpft, den Grad des Selbstwertgefühls.

- (3) Der Faktor 3 wird mit "Familie", "Partner" benannt. Er umfaßt die Items

- Nr. 9 "Zusammenleben in der Familie" (.79)
- Nr. 11 "Beziehung zum Partner" (.87)
- Nr. 12 "Sexualleben" (.77)

Mit diesem Faktor wird das Verhältnis zu familiär oder partnerschaftlich nahestehenden Personen umschrieben.

- (4) Der Faktor 4 wurde mit den Begriffen "Beruf/Lebensstandard" überschrieben. Er umfaßt die Items

- Nr. 3 "Beruf" (.85)
- Nr. 4 "Berufliche Sicherheit" (.61)
- Nr. 5 "Lebensstandard" (.48)
- Nr. 6 "Arbeitsbedingungen" (.87)

Mit dem Faktor "Beruf/Lebensstandard" wird die berufliche Situation sowie die Zufriedenheit mit dem erreichten Wohlstand bezeichnet.

- (5) Der Faktor 5 lautet "Zukunftserwartung". Die Items
- Nr. 15 "Politische Situation" (.74) und
 - Nr. 10 "Entwicklung des Kindes/der Kinder"
- kennzeichnen gewisse Perspektiven einer Person im Hinblick auf zu erwartende Entwicklungen.
- (6) Der Faktor 6 "Gesundheit" bildet einen Einzelfaktor und entspricht dem Item Nr. 2 (.89)

6.2. "Lebensqualität"

6.2.1. Faktorenanalyse "Lebensqualität"

Zum Kriterium "Lebensqualität" wurden mit Varimax-Rotation insgesamt 7 Faktoren ermittelt.

Die Itemformulierungen lauten jeweils:

Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr... (z.B. ängstlich) gefühlt

- im Beruf
- in der Familie
- bei anderen Aktivitäten

Die Antwortalternativen sind: nie/selten/manchmal/häufig/sehr häufig.

Die Faktoren lauten im einzelnen:

Faktor 1: "Familiäres Glück"

Items 2 5 14(-) 17 20 23(-)

(ängstlich, belastet, eingeschränkt, traurig und freudlos, sowie "glücklich" (-) und "freudvoll" (-) in der Familie. (-) = verändertes Vorzeichen).

Dieser Faktor ist im Sinne "familiären Glücks" zu interpretieren, wenn die Antworttendenz "nie" oder "selten" lautet, bzw. "häufig" oder "sehr häufig" bei den Items Nrn. 14 und 23.

Faktor 2: "Freizeitfrust"

Items 3 6 9

(ängstlich, belastet und eingeschränkt bei anderen Aktivitäten)

Unter "Freizeit" ist der Lebensbereich zu verstehen, den eine Person außerhalb des beruflichen oder familiären Lebens wahrnimmt.

Faktor 3: "Berufsstreß"

Items 1 4 7

(ängstlich, belastet, eingeschränkt im Beruf)

Mit diesem Faktor werden berufliche Schwierigkeiten oder Belastungen angesprochen.

Faktor 4: "Berufszufriedenheit"

Items 13 22

(glücklich und freudvoll im Beruf)

Eine positive Integration in das Berufsleben kommt in den Items zum Faktor "Berufszufriedenheit" zum Ausdruck.

Faktor 5: "Niedergeschlagenheit außerhalb der Familie"

Items 16 18 19 21

(traurig und freudlos sowohl im Beruf als auch bei anderen Aktivitäten)

Negative Erlebnisse im Beruf oder in der Freizeit außerhalb der Familie werden mit diesem Faktor zusammengefaßt.

Faktor 6: "Freizeitspaß"

Items 15 24

(glücklich und freudvoll bei anderen Aktivitäten)

Der Faktor "Freizeitspaß" betont eine angenehme Art der Freizeitgestaltung

Faktor 7: "Einsatzfähigkeit"

Items 10 11 12

(einsatzfähig im Beruf, in der Familie und bei anderen Aktivitäten)

Dieser Faktor umreißt das Niveau der Einsatzfähigkeit einer Person, sowohl im Hinblick auf den Beruf, als auch im Umgang mit der Familie, oder bei Freizeitunternehmungen.

6.2.2. Summenwerte "Lebensqualität"

Um die relativ große Anzahl der Faktoren zum Kriterium "Lebensqualität" zu reduzieren, wurden zusätzlich die Summenwerte der Items ermittelt, getrennt nach den Bereichen

- Beruf
- Familie
- Anderes (Freizeit)

Es handelt sich dabei nicht um eine Sekundäranalyse der oben beschriebenen Faktoren, sondern um eine verallgemeinerte Bestimmung der Lebensqualität, bezogen auf berufliche, familiäre oder freizeit-orientierte Angaben.

Für die Analyse der Daten sind die Vorzeichen der Antwortalternativen zu beachten: Bezogen auf die Antwortalternative "Nie" sind die Items der Fragen Nrn. 1, 2, 3, 4, 6 und 7 als positiv zu bewerten, die Items der Fragen Nrn. 5 und 8 negativ. Die Punktschummenwerte dieser beiden Fragen sind demnach in umgekehrter Reihenfolge zu vergeben (vgl. Anhang, S. 307).

6.3 "Lebensgewandtheit"

Zu den Items des Kriteriums "Lebensgewandtheit" wurden vier Faktoren gefunden. Die Items dieses Kriteriums gleichen in ihrem formalen Aufbau den "SCOPE"-Items (vgl. Anhang, S. 308).

Die Antwortalternativen der Items sind:
Stimmt gar nicht/ ein wenig/ weitgehend/ vollkommen

Faktor 1: "Situative Flexibilität"

Der Faktor "Situative Flexibilität" umfaßt die Items Nrn.

- (1) "Ich finde mich in allen Lebensssituationen gut zurecht"
- (4) "Ich kombiniere schnell und gut von einigen Voraussetzungen die Folgen"
- (5) "Ich handle situationsangepaßt und sicher"
- (6) "Bei Lagebesprechungen finde ich mich schnell zurecht"

- (7) "Ich meistere in Ruhe und Gelassenheit selbst schwierige Situationen"
 - (9) "Ich kann mich auf wechselnde Situationen sofort richtig einstellen"
 - (11) "Ich passe mich wechselnden Situationen flexibel an"
- Der Faktor "Situative Flexibilität" beschreibt eine schnelle Auffassungsgabe in wechselnden Situationen und die Fähigkeit, in der Situation adäquat zu handeln.

Faktor 2: "Menschenkenntnis"

Unter dem Faktor "Menschenkenntnis" laden die Items Nrn.

- (3) "Ich erkenne die Absichten der Menschen meist besser als es andere tun"
- (8) "Ich erfasse die Probleme anderer Menschen meist genau"
- (10) "Ich weiß genau, wie ich Lob und Tadel pädagogisch richtig anwenden muß"
- (23) "Ich weiß, wie ich andere Leute zu nehmen habe"
- (24) "Ich bin ein guter Menschenkenner"
- (25) "Ich kann die Leistungen meiner Mitarbeiter oder Kollegen richtig beurteilen"

Die Einschätzung der Handlungsintentionen von Mitmenschen kommt in diesem Faktor zum Ausdruck.

Faktor 3: "Handlungsbesonnenheit"

Der Faktor "Handlungsbesonnenheit" umfaßt die Items Nrn.

- (2) "Ich setze mir Prioritäten, damit die wichtigsten Dinge zuerst erledigt werden"
- (15) "Ich untersuche eine Situation genau, anstatt emotionell zu reagieren"
- (17) "Sobald ich eine Situation richtig erkannt habe, handle ich richtig und konsequent"
- (21) "Wenn mich ein Weg im Leben nicht weiterbringt, stelle ich mich rechtzeitig auf einen besseren um"

Mit dem Faktor "Handlungsbesonnenheit" kommt die Fähigkeit zum Ausdruck, planvoll zu handeln, eine Situation logisch zu analysieren und entsprechende Konsequenzen einzuleiten.

Faktor 4: "Einfühlungsvermögen"

Unter dem Faktor "Einfühlungsvermögen" laden die Items Nrn.

- (12) "Ich verlange von anderen nichts Ungewöhnliches"
- (14) "Ich gehe auf die Bedürfnisse des einzelnen, soweit es geht, ein"
- (19) "Ich reagiere mit guter Einfühlung auf andere Menschen, die untereinander Schwierigkeiten haben"
- (20) "Ich bringe allen Menschen volles Vertrauen entgegen, soweit sie sich angemessen benehmen"
- (22) "Ich verlange von anderen Menschen das, was man fordern kann, aber nicht mehr"

Der Faktor "Einfühlungsvermögen" bezieht sich auf die Fähigkeit einer Person, auf Bedürfnisse von anderen einzugehen oder von ihnen nur das zu verlangen, was sie zu leisten imstande sind.

6.4. "Lebensstil"

Zum Kriterium "Lebensstil" wurden insgesamt 7 Fragebogenkomplexe entwickelt (vgl. Anhang, S.305 ff). Der erste Teil (Fragen 1 - 6) spiegelt den Freiraum bzw. den Grad der Belastung wider, den eine Person im Beruf sowie im privaten Bereich erlebt. Die Items des zweiten Teils (Frage 7) wurden aus den Ergebnissen einer SPD-Studie (1984) abgeleitet. Die Ergebnisse dieser Studie wurden in neun Items der "Lebensstil"-Frage Nr. 7 komprimiert zusammengefaßt und den Testpersonen zur Beurteilung ("stimmt gar nicht"/"ein wenig"/"weitgehend"/"vollkommen") vorgelegt.

Diese Items wurden einer Faktorenanalyse unterzogen; als Resultat konnten vier Faktoren voneinander abgegrenzt werden. Wegen der Länge der einzelnen Items werden diese nicht im Wortlaut repliziert, sondern nur in Stichworten wiedergegeben (vgl. dazu Anhang, S.306)

Faktor 1: "Fortschrittsorientierung"

Der Faktor "Fortschrittsorientierung" umfaßt die Items Nrn.

4 5 7 und 9.

In ihnen kommt vor allem das Interesse an beruflichem Aufstieg, Prestige, Fortschrittsdenken, Autos, schicker Kleidung, materiellen Dingen und Geld zum Ausdruck.

Faktor 2: "Sicherheitsorientierung"

Der Faktor "Sicherheitsorientierung" umfaßt die Items Nrn.2 und 3.

Diese Items sprechen die Wertschätzung von Sicherheit an, die Bedeutung von traditionellen Werten, der Eingebundenheit im Freundeskreis und einem Dach über dem Kopf.

Faktor 3: "Soziales Engagement"

Der Faktor "Soziales Engagement" umfaßt die Items Nrn. 1 und 6

Staat, Kultur, Sinnerfüllung, Mitmenschlichkeit und soziales Engagement sind die zentralen Begriffe dieser Items.

Faktor 4: "Arbeitsfrust"

Der Faktor "Arbeitsfrust" entspricht dem Item Nr. 8, das einen Einzelfaktor bildet.

In diesem Item wird vor allem das Leiden am Arbeitsleben, sowie Interesse am Kontakt mit Gleichgesinnten und an zahlreichen Sozialbeziehungen zum Ausdruck gebracht.

6.5. "Beschwerden"

Die Items zum Kriterium "Gesundheit" sind in drei Bereiche gegliedert:

- Tablettenkonsum (vgl. Anhang, S. 309)
- Alkohol- und Nikotinkonsum (vgl. Anhang, S. 311)
- Beschwerden (vgl. Anhang, S. 310)

Die Höhe des Tablettenkonsums der untersuchten Stichproben wird durch Summenwerte dargestellt. Alkohol- und Nikotinkonsum werden in mehrere Fragestellungen unterteilt (z.B. wieviele Zigaretten, seit wievielen Jahren, wieviele Aufhörversuche, etc. (vgl. Kapitel 9.5.)).

Die 20 Items der Beschwerdenliste wurden einer Faktorenanalyse unterzogen. Das Resultat sind fünf Faktoren zum Kriterium "Beschwerden bzw. Krankheiten".

Faktor 1: "Vegetatives Syndrom"

Der Faktor "Vegetatives Syndrom" umfaßt die Items Nrn.

- (5) Allgemeiner Erschöpfungszustand
- (6) Nervöse Überlastung
- (7) Angstzustände
- (16) Schlafstörungen

Faktor 2: "Innere Organe allgemein"

Unter dem Faktor "Innere Organe" erreichen folgende Items ihre maximalen Ladungen:

- (8) Magen-, Darmbeschwerden
- (9) Leber-, Gallenerkrankungen

- (11) Rheuma- und Gelenkbeschwerden
- (12) Asthma, Bronchitis
- (15) Nieren- und Blasenleiden

Faktor 3: "Herz und Kreislauf"

Der Faktor "Herz und Kreislauf" umschließt die Items Nrn.

- (1) Herzbeschwerden
- (2) Kreislaufbeschwerden
- (4) Zu niedriger Blutdruck
- (19) Beschwerden nach einer Operation
- (20) Allgemeine Beschwerden

Faktor 4: "Kopf, Migräne"

Beschwerden im Kopfbereich kommen im Faktor 4 zum Ausdruck mit den Items Nrn.

- (17) Kopfschmerzen
- (18) Migräne

Faktor 5: "Risikofaktoren"

Zum Faktor "Risikofaktoren" zählen die Items Nrn.

- (3) Bluthochdruck
- (13) Übergewicht
- (14) Zuckerkrankheit

6.6. Zusammenfassung

6.6.1. Die Einschätzung der "Lebenszufriedenheit" wird in sechs Faktoren differenziert:

- (1) Lebenszufriedenheit im allgemeinen, (2) Freizeit,
- (3) Familie, Partner, (4) Beruf, Lebensstandard (5) Zukunftserwartung und (6) Gesundheit

6.6.2. Die Items zum Kriterium "Lebensqualität" werden mit Hilfe von zwei statistischen Verfahren zu Informationseinheiten höherer Ebene gebündelt:

- a) die Varimax-Rotation der Items ergibt die Faktoren
- (1) Familiäres Glück, (2) Freizeitfrust, (3) Berufsstreß, (4) Berufszufriedenheit (5) Niedergeschlagenheit

(außerhalb der Familie), (6) Freizeitspaß und (7) Einsatzfähigkeit

b) Die Bildung von Summenwerten läßt Einschätzungen der Lebensqualität in den voneinander abgegrenzten Bereichen (1) Beruf, (2) Familie, und (3) Anderes (Freizeit) zu.

- 6.6.3. . Die Items zur "Lebensgewandtheit" sind in vier Faktoren gegliedert: (1) Situative Flexibilität, (2) Menschenkenntnis, (3) Handlungsbesonnenheit, (4) Einfühlungsvermögen
- 6.6.4. Der einer Faktorenanalyse unterzogene Fragenkomplex zum "Lebensstil" ist ebenfalls auf vier Faktoren reduziert: (1) Fortschrittsorientierung, (2) Sicherheitsorientierung, (3) Soziales Engagement, und (4) Arbeitsfrust.
- 6.6.5. Die dem Kriterium "Gesundheit" zugeordnete Kategorie "Beschwerden" ist in fünf Faktoren gegliedert: (1) Vegetatives Syndrom, (2) Innere Organe (allgemein), (3) Herz- und Kreislaufbeschwerden, (4) Kopf, Migräne und (5) Risikofaktoren.

7. Interkorrelationen der Kriterien und Sekundärfaktoren

In diesem Abschnitt werden die Beziehungen diskutiert, die innerhalb der Kriterien, innerhalb der Sekundärfaktoren sowie zwischen Kriterien und Sekundärfaktoren zu beobachten sind. Um diese Beziehungen danach beurteilen zu können, inwieweit sie mit 'Gesundheit oder Krankheit'¹⁾ korrelieren, werden die Daten der Teststichprobe stets nach Normalgruppe und Patientengruppe getrennt dargestellt.

7.1. Interkorrelationen der soziodemographischen Variablen

Die Tabelle 17 zeigt die Interkorrelationen der soziodemographischen Variablen "Alter", "Geschlecht", "Schulbildung", "Einkommen", "Klasse", "Familienstand" und "Beruf".

Darüber hinaus zeigt die Tabelle, ob auf der Basis der Gesamtstichprobe die soziodemographischen Variablen von ihrer Zuordnung zur Normal- bzw. Patientenstichprobe abhängen.

Die übrigen soziodemographischen Variablen, z.B. Religionszugehörigkeit oder Mitgliedschaft in Parteien, Verbänden etc., werden bei der Datenbeschreibung vernachlässigt, da sie auf dem 5%-Signifikanzniveau keine oder nur tendenziell geringfügige Korrelationen ($.20$) mit den anderen Kriterien oder Sekundärfaktoren aufweisen.

¹⁾ In der Ergebnisdiskussion (vgl. Kap. 8/9) werden die Daten der einzelnen Patientengruppen jeweils den Daten der Normalgruppe gegenübergestellt. Es erscheint daher sinnvoll, schon im Vorfeld unterschiedliche Beziehungsstrukturen der Kriterien und Sekundärfaktoren in Abhängigkeit von der Normal- bzw. Patientenstichprobe zu diskutieren. Die Personen der einzelnen Patientengruppen wurden dabei im Sinne der Kategorie "Erkrankung" zu einer Gruppe zusammengefaßt.

	Gesamtstichprobe		Normalgruppe		Patientengruppe	
Schulbildung	$\frac{-.29}{-.41}$					
Einkommen	$.40$	$-.24$	$.22$			
Klasse	$-.26$	$\frac{.24}{.20}$ $.23$	$\frac{.51}{.43}$ $.49$	$.27$		
Familienstand	$\frac{.56}{.63}$ $.44$		$\frac{-.36}{-.43}$ $-.24$	$\frac{.41}{.59}$ $.32$	$\frac{-.23}{-.23}$	
Beruf		$.27$ $.23$ $.26$	$.57$ $.41$ $.59$	$.26$ $.29$	$.59$ $.45$ $.60$	
Normal-/ Patientengruppe ¹			$-.29$		$-.22$	$.31$
Alter	$.36$					
Geschlecht						
Schulbildung						
Einkommen						
Schicht						
Familienstand						
Beruf						

1 Die zusätzliche Kategorie "Normal-/Patientengruppe" als Untersuchungskriterium der Gesamststichprobe dient dazu, den Einfluß der Stichprobenzugehörigkeit (zur Gruppe der gesunden bzw. erkrankten Personen) auf die übrigen Merkmalsausprägungen zu kontrollieren.

(1) Alter:

Mit zunehmendem Alter steigt bei der Normalgruppe das Einkommen (.40), Schulbildung und Schichtzugehörigkeit zeigen jedoch einen negativen Zusammenhang mit der Altersverteilung (-.41 bzw. -.26). Für die Patientengruppe besteht zwischen Einkommen, Schulbildung und Schichtzugehörigkeit keine vergleichbaren Beziehungen zur Altersverteilung. Dies deutet auf gewisse Unterschiede in der Bildungs- und Einkommensstruktur der untersuchten Normalgruppe hin, wobei die jüngeren Personen eine bessere Ausbildung erfahren haben, die älteren besser verdienen. Die Verhältnisse der Patientengruppe sind in dieser Hinsicht über die Altersverteilung hinweg homogen. Lediglich die Variable "Familienstand" (ledig, verheiratet, fester Partner) weist eine für beide Gruppen vergleichbare Tendenz auf, jüngere Personen sind erwartungsgemäß häufiger ledig als ältere.

Es kann hierbei jedoch nicht überprüft werden, woraus der geringere Korrelationskoeffizient der Patientengruppe (.44) gegenüber der Normalgruppe (.63) resultiert. Möglicherweise ist bei der Patientengruppe der Anteil bereits verstorbener Ehepartner größer, da die Patienten im Durchschnitt deutlich älter sind als die Personen der Normalgruppe (.36).

(2) Geschlecht:

Geschlechtsabhängige Korrelationen sind nur tendenziell zu beobachten. Sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientenstichprobe rechnen sich Männer eher einer höheren Schicht zu als Frauen, diese Tendenz kommt auch auf der beruflichen Ebene zum Ausdruck. Bei der Normalgruppe liegt außerdem das Durchschnittseinkommen unter dem der Männer. Die Korrelationskoeffizienten sind jedoch relativ gering (.20 bis .26).

(3) Schulbildung:

Schulbildung korreliert mit der Schichtzugehörigkeit bei beiden Gruppen (.43 bei der Normalgruppe bzw. .49 bei der Patientengruppe). Auch zwischen Beruf und Schulbildung bestehen bei beiden Gruppen vergleichbar hohe Korrelationen (.41 bzw. .59). Die Variable "Familienstand" weist bei der Normalgruppe einen deutlich höheren negativen Zusammenhang mit der Variable "Schulbildung" auf (-.43), als das bei der Patientengruppe zu beobachten ist (-.24). Dieses Ergebnis muß allerdings im Kontext zur Altersverteilung gesehen werden.

Der größere Anteil junger Personen bei der Normalgruppe ist schulisch besser ausgebildet, zugleich sind jüngere Personen häufiger ledig. Im Vergleich von Normal- und Patientengruppe sind Patienten schulisch schlechter gebildet (-.29). Unter Beachtung der Altersstruktur ist dies vermutlich auf schlechtere Bildungsmöglichkeiten für heute ältere Menschen zurückzuführen, als Kriterium für "Schulbildung" wird die Art des Schulabschlusses herangezogen.

Bei der Patientengruppe besteht ein geringer positiver Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Schulbildung (.22), der bei der Normalgruppe nicht zu beobachten ist. Dieses Ergebnis resultiert vermutlich aus dem Umstand, daß bei den durchschnittlich jüngeren Normalpersonen höhere Schulabschlüsse vorliegen, die Ausbildungen aber zum Teil noch andauern.

(4) Einkommen:

Die Beziehung des Einkommens zu den Variablen "Alter", "Geschlecht" und "Schulbildung" wurde bereits beschrieben. Daneben weist die Variable "Einkommen" bei beiden Gruppen einen deutlichen Zusammenhang zum Familienstand der betroffenen Personen auf. Da das Einkommen auf Haushalte

bezogen ist, kommen in dieser Variable sowohl Mehrfachverdienste als auch die meist höheren Einkommen der durchschnittlich älteren, verheirateten Personen zum Ausdruck. Bei der Normalgruppe ist dieser Zusammenhang stärker ausgeprägt (.59) als bei der Patientengruppe (.32). Bei den Patienten ist die Höhe des Einkommens in geringem Maße auch an Schichtzugehörigkeit (.27) und Berufsstand (.29) gekoppelt.

(5) Schicht:

Die Schichtzugehörigkeit weist den größten Zusammenhang zum Berufsstand auf, bei den Patienten deutlicher (.60) als bei den Personen der Normalgruppe (.45). Zum Familienstand besteht für die Normalgruppe ein latent negativer Zusammenhang (-.23). Bezogen auf die Gesamtstichprobe rechnen sich die Patienten insgesamt einer etwas niedrigeren sozialen Schichtebene zu als die Personen der Normalgruppe (-.22).

(6) Familienstand:

Parallel zur Altersstruktur sind die durchschnittlich älteren Personen der Patientengruppe häufiger verheiratet oder mit einem festen Partner in Gemeinschaft lebend als die Personen der Normalgruppe (.31).

7.2 Interkorrelationen der Sekundärfaktoren

Die Sekundärfaktoren lauten "Erfolgsstreben", "Selbstbestimmung", "Besonnenheit", "Soziale Kompetenz" und "Emotionale Kontrolle", "Streß" und "Negative Lebenserfahrung" sowie "Soziale Inkompetenz", "Konfliktvermeidung" und "Soziales Desinteresse".

Tab. 18 zeigt die Interkorrelationen der Sekundärfaktoren jeweils getrennt für die Normal- bzw. die Patientengruppe.

Interkorrelationen der Sekundärfaktoren

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Selbstbestimmung	.38 .50								
Besonnenheit	.37 .45	.35 .44							
Soziale Kompetenz	.47 .50	.33 .44	.28 .41						
Emot. Kontrolle	.32 .38	- .27	- .32	- .25					
Streß		- -.22							
Neg. Lebenserfahrung				-.23 -		-.65 -			
Soziale Inkompetenz		-.24 -		-.46 -.37		-.44 .41	.37 .41		
Konfliktvermeidung			- .21	-.28 -	.25 .22	- .32	.35 .36	- .45	
Soziales Desinteresse				-.39 -.35		.32 .24	.41 .28	.38 .51	.50 .42

Signifikanzniveau: 5%; Ladungen < 20 nicht berücksichtigt

Normalgruppe:	obere Zahl
Patientengruppe:	untere Zahl

(1) Erfolgsstreben:

Der Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" kovariiert deutlich mit den anderen Sekundärfaktoren des Tertiärfaktors "Erfolgsorientierung". Bei der Normal- wie bei der Patientengruppe sind relativ hohe Korrelationen zu den Faktoren "Selbstbestimmung", "Besonnenheit", "Soziale Kompetenz" und "Emotionale Kontrolle" zu beobachten. Die Korrelationen bewegen sich zwischen den Werten .32 und .50, wobei die Patienten stets höhere Werte aufweisen als die Normalpersonen.

(2) Selbstbestimmung und Besonnenheit:

Der Sekundärfaktor "Selbstbestimmung" zeigt bei beiden Gruppen eine deutliche Beziehung zu den Sekundärfaktoren "Besonnenheit" und "Soziale Kompetenz", die Werte liegen zwischen .33 und .44, die jeweils höheren Ausprägungen sind wiederum bei der Patientengruppe zu beobachten. Auch der Sekundärfaktor "Besonnenheit" geht bei beiden Gruppen positiv mit dem Sekundärfaktor "Soziale Kompetenz" einher. Die Verteilung der Korrelationskoeffizienten spiegelt die Tendenz eines stärkeren Zusammenhangs bei der Patientengruppe (.41) als bei der Normalgruppe (.28) wider.

(3) Soziale Kompetenz:

"Soziale Kompetenz" weist neben den erwähnten Interkorrelationen zu den Faktoren der Gruppe "Erfolgsorientierung" negative Beziehungen zu den übrigen Faktoren auf. "Soziale Kompetenz" reduziert bei der Normalgruppe die Sekundärfaktoren "Negative Lebenserfahrung" (-.23), "Soziale Inkompetenz" (-.46), "Konfliktvermeidung" (-.28) und "Soziales Desinteresse" (-.39). Bei der Patientengruppe ist ein solcher negativer Zusammenhang zwischen "Sozialer Inkompetenz" und "Negativen Lebenserfahrungen" nicht zu erkennen, auch nicht zwischen "Sozialer Kompetenz" und "Konfliktvermeidung". Wenngleich Korrelationen keine Kausalinterpretationen erlauben, könnten diese Beobachtungen darauf hindeuten,

daß die sozialen Fertigkeiten der Patienten nicht zur Minderung der "Negativen Lebenserfahrungen" und der "Konfliktvermeidung" beitragen.

"Soziale Inkompetenz" und "Soziales Desinteresse" stehen auch bei der Patientengruppe ähnlich wie bei der Normalgruppe den Fertigkeiten der "Sozialen Kompetenz" entgegen.

(4) Emotionale Kontrolle:

"Emotionale Kontrolle" weist nur bei den Patienten eine positive Beziehung zu den Sekundärfaktoren "Selbstbestimmung" (.27), "Besonnenheit" (.32) und "Soziale Kompetenz" (.25) auf. Das ist bemerkenswert, weil die Möglichkeit, seine Bedürfnisse oder Interessen frei zu entfalten, aber auch Kontaktfreude und Gesprächsbereitschaft bei den Patienten mit "Emotionaler Kontrolle", also mit Ärgerkontrolle oder Konfliktlösungsfertigkeiten korreliert. Diese Art der Problemverknüpfung ist bei den Personen der Normalgruppe nicht zu erkennen.

Bei beiden Gruppen steht "Emotionale Kontrolle" ferner in einer positiven Beziehung zu den Sekundärfaktoren "Erfolgstreben" und "Konfliktvermeidung". Zielorientierung und das Bemühen, Ärger zu vermeiden, stehen mit den Fähigkeiten der Ärgerkontrolle und der Konfliktlösungsfertigkeiten im Einklang.

(5) Streßreaktionen und negative Lebenserfahrung:

"Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen" weisen mit .65 einen sehr ausgeprägten Zusammenhang bei den Personen der Patientengruppe auf, bei der Normalgruppe besteht kein Zusammenhang. Dieses Ergebnis könnte eine Vermutung stützen, die bereits bei der Diskussion der Faktorenstruktur aufgeworfen wurde:

Streßreaktionen scheinen bei den Patienten an unterschiedliche Verhaltensbereiche geknüpft zu sein und insofern eine verselbständigte Verhaltenskategorie darzustellen. Die Faktorenanalyse zeigte, daß die Patienten "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen" voneinander abkoppeln, bei den Personen der Normalgruppe war keine Differenzierung zwischen den Primärfaktoren der "Streßreaktionen" und denen der "Negativen Lebenserfahrungen" möglich.

Trennt man nun die Primärfaktoren nach den Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen", d.h. analog zur Faktorenstruktur der Patientengruppe, dann zeigt sich, daß der Bereich der "Negativen Lebenserfahrungen" sowohl bei den Personen der Normalgruppe als auch bei den Personen der Patientengruppe mit "Sozialer Inkompetenz", "Konfliktvermeidung" und "Sozialem Desinteresse" einhergeht.

"Streßreaktionen" treten im Zusammenhang mit "Sozialer Inkompetenz" (.44) und "Konfliktvermeidung" (.32) aber nur bei den Patienten auf, ebenso im Zusammenhang mit mangelnder Selbstbestimmung (-.22). Das Streßprofil der Patientengruppe scheint damit gegenüber der Normalgruppe auf eine drastische Weise verändert zu sein. Streßreaktionen werden im Kontext zu anderen Sekundärfaktoren, mit Ausnahme des "Sozialen Desinteresses", nur von Patienten zum Ausdruck gebracht.

Bei der Normalgruppe stehen "Negative Lebenserfahrungen" in negativem Zusammenhang zur "Sozialen Kompetenz" (-.23), d.h. soziale Fertigkeiten reduzieren hier den Anteil von schwierigen oder Resignation verursachenden Lebensumständen.

(6) Soziale Inkompetenz und Konfliktvermeidung:

"Soziale Inkompetenz" und "Konfliktvermeidung", die beiden Patienten in engem Zusammenhang mit Streßreaktionen stehen, korrelieren bei dieser Gruppe miteinander mit .45. Für die Patienten stellt die "Konfliktvermeidung" möglicherweise einen Lösungsversuch dar, um den Schwier-

rigkeiten zu entgehen, die aus sozial inkompetentem Verhalten resultieren. Beide Verhaltensdimensionen sind aber mit Streßreaktionen verknüpft. "Soziale Inkompetenz" evoziert offenbar ebenso Streß wie der Versuch, entsprechenden Situationen durch Vermeidungsverhalten zu begegnen.

(7) Soziales Desinteresse:

"Soziales Desinteresse" geht bei beiden Gruppen mit "Streß", "Negativer Lebenserfahrung", "Sozialer Inkompetenz" und "Konfliktvermeidung" einher, bei den Personen der Normalgruppe ausgeprägter als bei den Patienten. Das mag damit zusammenhängen, daß bei den Patienten "Soziales Desinteresse" als eigenständiger Sekundärfaktor in Erscheinung tritt, während die Faktorenanalyse der Normalgruppe erkennen ließ, daß "Soziales Desinteresse" mehr im negativen Zusammenhang mit "Sozialer Kompetenz" steht. Die Interkorrelationen der Sekundärfaktoren zeigen, daß "Soziales Desinteresse" bei den Patienten am stärksten mit "Sozialer Inkompetenz" korreliert (.51), bei den Personen der Normalgruppe mit "Konfliktvermeidung" (.50).

7.3. Interkorrelationen der Kriterien

Die Interkorrelationen der Kriterien "Lebenszufriedenheit", "Lebensgewandtheit", "Lebensqualität", "Lebensstil" und "Beschwerden" werden auf der Ebene der Kriterienfaktoren vorgestellt. (vgl. Tab. 19ff.)

Außerdem wird in diesem Untersuchungsabschnitt das Angstniveau berücksichtigt, das die untersuchten Personen in den Fragen Nr. 5 und 6 des Abschnittes "Lebensstil" (vgl. Anhang S. 305: Belastung bzw. Angsteinschätzung) angeben.

7.3.1. Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

(1) Familiäres Glück

korreliert sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientengruppe mit den Faktoren "Lebenszufriedenheit im allgemeinen", "Freizeit" und "Partner/Familie" des Kriteriums "Lebenszufriedenheit".

Diese Korrelationen liegen bei den Patienten höher als bei den Personen der Normalgruppe. Außerdem scheint das berufliche Leben bei der Patientengruppe mehr in das Familiengeschehen hineinzuragen als bei der Normalgruppe: Bei der Patientengruppe korreliert der Faktor "Beruf" mit dem Faktor "Familiäres Glück" (.25), bei der Normalgruppe ist hier kein Zusammenhang zu beobachten.

(2) Freizeitfrust:

"Freizeitfrust", der eine gewisse Lustlosigkeit, Traurigkeit oder mangelnde Einsatzfähigkeit in der Freizeit beschreibt, berührt bei den Personen der Normalgruppe nur den Freizeitbereich (-.23). Zufriedenstellende Freizeitgestaltung und "Freizeitfrust" schließen sich tendenziell aus. Ein gleichsinniger Zusammenhang ist auch bei der Patientengruppe zu erkennen. Allerdings steht bei dieser Gruppe "Freizeitfrust" auch in negativer Beziehung zur allgemeinen Lebenszufriedenheit, sowie zum familiären und beruflichen Leben.

Die Abgrenzung zwischen den Bereichen Familie, Beruf und Freizeit scheint im Hinblick auf die Genußfähigkeit der Freizeit bei den Personen der Normalgruppe eher klar gezogen, bei den Patienten mehr verschwommen zu sein.

(3) Berufsstreß:

"Berufsstreß" korreliert sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientengruppe negativ mit "Lebenszufriedenheit im allgemeinen", "Freizeit" und "Beruf".

Lebensqualität

Interkorrelationen der Kriterien

LEBENSZUFRIEDENHEIT							
	Lebenszufriedenheit i. allg.	Freizeit	Partner/Familie	Beruf	Zukunft	Gesundheit	Summenwert
Familiäres Glück	.34 .43	.29 .38	.48 .62	.25			.35 .51
Freizeitfrust	-.24	-.23 -.29	-.35	-.23			-.36
Berufsstreß	-.26 -.22	-.21 -.20		-.34 -.46		-.23	-.34 -.25
Berufszufriedenheit	.34 .32	.26	.21	.54 .55	.22		.35 .46
Niedergeschlagenheit	-.25 -.34	-.32	-.31	-.22 -.40	-.24		-.40
Freizeitspaß	.27 .28	.36 .34				.21	.28 .38
Einsatzfähigkeit	.25 .24	.32 .23	.22 .22	.25	.20		.24 .40
Summenwert	.43 .46	.37 .44	.31 .54	.27 .49	.29	.23	.44 .64

Normalgruppe: obere Zeile
 Patientengruppe: untere Zeile
 (unterstrichen)

Bei den Patienten mag sich hier eine gewisse berufliche Streßempfindlichkeit andeuten, der Korrelationskoeffizient zwischen "Berufsstreß" und "Berufszufriedenheit" liegt hier bei .46 im Vergleich zu .34 bei der Normalgruppe.

Bei der Normalgruppe bedeutet größerer Berufsstreß allerdings auch schlechtere Gesundheit (-.23).

(4) Berufszufriedenheit:

"Berufszufriedenheit" als Faktor der "Lebensqualität" tangiert bei der Normalgruppe die Faktoren "Lebenszufriedenheit im allgemeinen" (.34) und "Beruf" (.54). Bei den Patienten steht "Berufszufriedenheit" darüber hinaus in Beziehung zu den Faktoren "Freizeit" (.26), "Partner/Familie" (.21) und "Zukunft" (.22). Wie bereits im Kontext zur Freizeitqualität erkennbar wurde, umschließt bei der Patientengruppe auch die berufliche Lebensqualität alle anderen Bereiche der Lebenszufriedenheit. Selbst die Zukunftserwartung der Patienten wirkt sich auf die Einschätzung der Berufszufriedenheit aus.

(5) Außerfamiliäre Niedergeschlagenheit:

"Außerfamiliäre Niedergeschlagenheit" beschreibt niedergedrückte, traurige Stimmungen sowohl im beruflichen als auch im Freizeitbereich. Die Verteilung der Korrelationen gleicht derjenigen des Faktors "Berufszufriedenheit", nur mit verändertem Vorzeichen. Zu "Lebenszufriedenheit" und "Beruf" weisen beide Gruppen negative Korrelationen auf, bei den Patienten sind es darüber hinaus die Bereiche "Freizeit" (-.32), "Partner/Familie" (-.31) und "Zukunft" (-.24). Auch hier ist wieder der übergreifende Zusammenhang unterschiedlicher Verhaltens- oder Lebensbereiche bei der Patientengruppe zu erkennen.

(6) Freizeitspaß:

"Freizeitspaß" korreliert positiv sowohl bei der Patienten- als auch bei der Normalgruppe mit den Faktoren "Lebenszufriedenheit im allgemeinen" und "Freizeit", bei der Normalgruppe darüber hinaus mit "Gesundheit" (.21)

(7) Einsatzfähigkeit:

"Einsatzfähigkeit" weist bei beiden Gruppen eine positive Tendenz zu den Faktoren "Lebenszufriedenheit im allgemeinen", "Freizeit" und "Partner/Familie", sowie zu den Faktoren "Beruf" (.25) und "Zukunft" (.20) bei den Patienten auf.

(8) Summenwertvergleich:

Die Korrelationen zwischen den Summenwerten der "Lebensqualität" und der "Lebenszufriedenheit" betragen für die Normalgruppe .44 und für die Patientengruppe .64. Die Einschätzung der Lebensqualität ist bei der Patientengruppe mit mehr Dimensionen der Lebenszufriedenheit verknüpft als bei der Normalgruppe, was den Unterschied der Korrelationen auf der Ebene der Summenwerte erklären dürfte.

Zusammenfassung:

Die Beziehungen zwischen den Faktoren der "Lebenszufriedenheit" und den Bereichen der "Lebensqualität- Beruf" (LQ-B), "Lebensqualität - Familie" (LQ-F) und "Lebensqualität- Freizeit (andere Aktivitäten)" (LQ-A) werden in Tab. 23 zusammengefaßt.

Das Kriterium "Lebensqualität" wird danach nicht wie oben in sieben Faktoren untergliedert. Statt dessen werden für die Daten der Untersuchungsebenen "Beruf", "Familie" und "Anderes" jeweils die Summenscores gebildet und mit den Faktoren der "Lebenszufriedenheit" korreliert.

"Lebensqualität - Beruf" korreliert bei Normalpersonen und Patienten mit "Allgemeiner Lebenszufriedenheit", "Freizeit", "Beruf" und "Gesundheit". Bei der Patientengruppe ist darüber hinaus eine tendenziell positive Beziehung zum Faktor "Zukunft" (.23) zu erkennen.

"Lebensqualität - Familie" korreliert bei Normalpersonen und Patienten mit "Allgemeiner Lebenszufriedenheit", "Freizeit" und "Partner/Familie". Die Patientengruppe verbindet mit der familiären Lebensqualität eine gewisse berufliche Zufriedenheit.

"Lebensqualität - Anderes" korreliert bei beiden Testgruppen mit dem Faktor "Freizeit". Bei der Patientengruppe ist die Freizeitqualität aber auch an die Lebenszufriedenheit der Bereiche "Lebenszufriedenheit im allgemeinen" (.38), "Partner/Familie" (.39), "Beruf" (.30) und "Zukunft" (.28) geknüpft.

Dieser Überblick verdeutlicht nochmals, daß bei den Patienten der Faktor "Beruf" auffallend in andere Lebensbereiche hineinragt, seien es nun die Familie oder der Freizeitsektor. Lebensqualität im familiären Leben oder in der Freizeit wird bei der Patientengruppe erst durch eine gewisse berufliche Zufriedenheit mitbedingt. Dieser Zusammenhang ist bei den Personen der Normalgruppe nicht zu beobachten hier ist eine deutlichere Abgrenzung zwischen den Bereichen "Beruf", "Familie" und "Freizeit" zu erkennen.

7.3.2. Lebensqualität und Lebensgewandtheit

Ein Zusammenhang zwischen den Faktoren der "Lebensqualität" und den Faktoren der "Lebensgewandtheit" ("Situative Flexibilität", "Menschenkenntnis", "Handlungsbesonnenheit" und "Einfühlungsvermögen") ist - von einer Ausnahme abgesehen -

Interkorrelationen der Kriterien

Lebensqualität

	Lebensgewandtheit				
	Situative Flexibilität	Menschenkenntnis	Handlungsbesonnenh.	Einführungsvorn.	SW
Familiäres Glück	.27		.26		.22
Freizeitfrust	-.24				-.20
Berufsstreß	-.26				
Berufszufriedenheit	.28	.20	.27	.21	.33
Niedergeschlagenheit	-.29		-.25		-.28
Freizeitspaß			-.20		.24
Einsatzfähigkeit	.24		.20		.25
Summenwert	.40		.33	.21	.34

Normalgruppe: obere Zeile
 Patientengruppe: untere Zeile
 (unterstrichen)

nur bei den Personen der Patientengruppe zu erkennen. Der Faktor "Einsatzfähigkeit" korreliert bei der Normalgruppe tendenziell mit einem Faktor der Lebensgewandtheit, der "Situativen Flexibilität" (.24) (vgl. Tab. 20).

Bei den Patienten besteht hingegen auf allen Ebenen der "Lebensqualität" ein latenter Zusammenhang mit den Faktoren der "Lebensgewandtheit".

Der erste Faktor der "Lebenszufriedenheit", "Familiäres Glück", korreliert mit den Faktoren "Situative Flexibilität" (.27) und "Handlungsbesonnenheit" (.26).

"Freizeitfrust" und "Berufsstreß" stehen in negativer Beziehung zum Faktor "Situative Flexibilität". Der Faktor "Berufszufriedenheit" weist die deutlichste Beziehung zum Kriterium "Lebensgewandtheit" auf, er korreliert mit "Situativer Flexibilität" (.28), "Menschenkenntnis" (.20), "Handlungsbesonnenheit" (.27) und "Einfühlungsvermögen" (.21). Die Höhe dieser Korrelationswerte weist zwar nur auf einen tendenziellen Zusammenhang hin, es ist jedoch bemerkenswert, daß "berufliche Zufriedenheit" bei der Patientengruppe alle Ebenen der Lebensgewandtheit tangiert, auch die Bereiche der "Menschenkenntnis" und des "Einfühlungsvermögens".

Im Kontext familiärer oder freizeitorientierter Lebensqualität ist ein solcher Zusammenhang nicht zu ersehen. Die Betonung des Beruflichen scheint bei der Patientengruppe auch hier einen anderen Stellenwert einzunehmen als bei der Normalgruppe.

"Außerfamiliäre Niedergeschlagenheit" steht in negativer Beziehung zur "Situativen Flexibilität" (-.29) und zur "Handlungsbesonnenheit" (-.25).

"Freizeitspaß" korreliert bei den Patienten negativ mit dem Faktor "Handlungsbesonnenheit" (-.20). Das könnte als Hinweis verstanden werden, daß bei lustvollen Freizeitaktivitäten die Handlungs- oder Planungskontrolle der Patienten gelockert ist.

"Einsatzfähigkeit" korreliert mit den Faktoren "Situative Flexibilität" (.25) und "Handlungsbesonnenheit" (.20). Eine Beziehung der Summenwerte der Kriterien "Lebensqualität" und "Lebensgewandtheit" ist nur für die Patientengruppe zu bestimmen (.34).

Bei der Diskussion der Beziehungen zwischen den Kriterien der "Lebensqualität" und der "Lebensgewandtheit" ist die inhaltlich positive Formulierung dieser Begriffe zu beachten:

Auf der Ebene der Interkorrelationen der Kriterien ist nicht zu erkennen, welches Niveau die "Lebensqualität" der Patienten im Vergleich zur "Lebensqualität" der Normalgruppe einnimmt. Es ist jedoch festzustellen, daß für die Patienten vor allem die Faktoren "Situative Flexibilität" und "Handlungsbesonnenheit" im Hinblick auf fast alle Bereiche der Lebensqualität bedeutsam sind und mit einem erhöhten Maß an "Lebensqualität" einhergehen. Zu einer positiven Lebensqualität gehört bei den Patienten eine deutlich ausgeprägte Lebensgewandtheit, am durchgängigsten ist dieser Zusammenhang auf der Ebene der "Berufszufriedenheit" ersichtlich.

Bei der Normalgruppe ist eine erhöhte Lebensqualität nicht an ein erhöhtes Niveau der "Lebensgewandtheit" gebunden, lediglich im Falle der "Einsatzfähigkeit" ist ein der Patientengruppe vergleichbarer Zusammenhang gegeben.

7.3.3. Lebensstil und Lebensqualität

Zwischen den Kriterien "Lebensqualität" und "Lebensstil" sind nur wenige auf dem 5-%-Niveau relevante Korrelationen zu erkennen. Als Darstellungsebene der "Lebensqualität" wurden deshalb die Summenscores der Bereiche "Beruf", "Familie" und "Anderes" gewählt. (vgl. Tab.21).

Interkorrelationen der Kriterien

	Fortschritt	Sicherheit	Soz. Engagement	Arbeitsfrust
Lebensqualität: Beruf		.23		-.37 - <u>-.23</u>
Familie				-.27
Anderer Aktivitäten				

Normalgruppe: obere Zahl
Patientengruppe: untere Zahl (unterstrichen)

Die Faktoren des Kriteriums "Lebensstil" lauten "Fortschrittsorientierung", "Sicherheitsorientierung", "Soziales Engagement" und "Arbeitsfrust".

Die Faktoren "Fortschrittsorientierung" und "Soziales Engagement" lassen keine Zusammenhänge zu den Bereichen der "Lebensqualität" erkennen.

"Sicherheitsorientierung" korreliert bei den Personen der Normalgruppe positiv mit der beruflichen Lebensqualität (.23). "Arbeitsfrust" steht bei beiden Gruppen in negativer Beziehung zur beruflichen Lebensqualität (-.37 bei der Normalgruppe, -.23 bei der Patientengruppe). Bei den Normalpersonen ist auch ein negativer Zusammenhang zwischen dem Faktor "Arbeitsfrust" und der familiären Lebensqualität (-.27) erkennbar.

7.3.3.1. Interkorrelation der Lebensqualität-Faktoren

Die Interkorrelationen der Lebensqualität sind in der Tab.22 (1) dargestellt. Berufliche, familiäre und freizeitbezogene Lebensqualität korrelieren bei der Patientengruppe auf allen Ebenen höher als bei den Personen der Normalgruppe. Dies stützt die Annahme, daß die Verflechtung der Lebensbereiche "Beruf", "Familie" und "Freizeit" bei der Patientengruppe offensichtlich stärker ausgeprägt ist als bei der Normalgruppe.

7.3.3.2. Interkorrelation der Lebensstil-Faktoren

Bei der Normalgruppe ist nur zwischen Sozialem Engagement und der Sicherheitsorientierung ein tendenzieller Zusammenhang (.23) zu erkennen. Bei der Patientengruppe vermischen sich die Lebensstil-Dimensionen etwas stärker. "Sicherheitsorientierung" korreliert mit "Fortschrittsorientierung" (.28) und "Sozialem Engagement" (.24), auch zwischen den

(1) Interkorrelationen der Lebensqualität

	Familie	Andere Aktivitäten
Beruf	.26 .32	.28 .38
Familie	—	.36 .51

Normalgruppe: obere Zahl
Patientengruppe: untere Zahl
(unterstrichen)

(2) Interkorrelationen der Lebensstilfaktoren

Sicherheit	.28	.23 .24	
Soz. Engagem.	.21	.24	
Arbeitsfrust	—	—	—
Fortschritt		Sicherheit	Soz. Engagement

Normalgruppe: obere Zahl
Patientengruppe: untere Zahl
(unterstrichen)

Faktoren "Soziales Engagement" und "Fortschrittsdenken" ist eine latente Beziehung (.21) zu beobachten. Vgl. Tab. 22 (2). Der Faktor "Arbeitsfrust" korreliert weder bei der Normal- noch bei der Patientenstichprobe mit einem der anderen "Lebensstil"-Faktoren.

7.3.4. Lebensstil und Lebenszufriedenheit

Zwischen den Faktoren der Kriterien "Lebensstil" und "Lebenszufriedenheit" sind nur wenige Beziehungen zu erkennen. Die Korrelationen der Normalgruppe deuten auf einen positiven Zusammenhang zwischen der "Sicherheitsorientierung" und der beruflichen Zufriedenheit hin (.28), sowie auf negative Beziehungen zwischen dem Faktor "Arbeitsfrust" und der beruflichen Zufriedenheit (-.25) sowie der Zukunftserwartung (-.29). Diese erscheint im Kontext zum Lebensstil-Faktor "Arbeitsfrust" eher düster.

Bei den Patienten ist ein positiver Zusammenhang zwischen den Lebensstil-Faktoren "Sicherheitsorientierung" und "Soziales Engagement" mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu erkennen (.21 bzw. .23), sowie ein negativer Zusammenhang zwischen "Arbeitsfrust" und beruflicher Zufriedenheit (-.23) (vgl. Tab. 23).

7.3.5. Lebensstil und Lebensgewandtheit

Der Lebensstil-Faktor "Fortschrittsorientierung" korreliert bei der Patientengruppe mit allen Faktoren der "Lebensgewandtheit", mit "Situativer Flexibilität" (.36), "Menschenkenntnis" (.31), "Handlungsbesonnenheit" (.38) und "Einfühlungsvermögen" (.21). Bei der Normalgruppe stehen nur "Situative Flexibilität"

Interkorrelationen der Kriterien

	L E B E N S S T I L					ANGSTNIVEAU		LEBENSQUALITÄT		
	Typ-A-SU	Fortschritt	Sicherheit	Soziales Engagement	Arbeitsfrust	AB 1)	ABC 2)	LQ-B	LQ-F	LQ-A
Zufriedenheit allgemein			.21	.23		-.38 -.27	-.32 -.23	.37 .34	.37 .41	.38
Freizeit						-.27	-.21	.21	.33	.37
Partner/ Familie								.28	.38	.42
Beruf			.28		-.25 -.23				.51 .62	.39
Gesundheit						-.28 -.35 -.25	-.25 -.31 -.22	.49 .60 .22	.26	.30
Zukunft					-.29	-.26	-.25			.22
Summenwert	-.32 -.23		.20			-.26 -.33	-.28	.23 .37 .47	.40 .54	.28 .22 .53

1) "AB" entspricht der "Belastung" (vgl. Anhang S. 305, Frage Nr. 5).

2) "ABC" entspricht der "Angst" (vgl. Anhang S. 305, Frage Nr. 6).

Normalgruppe:	obere Zeile
Patientengruppe:	untere Zeile
	(unterstrichen)

Interkorrelationen der Kriterien

	L E B E N S S T I L				
	Typ-A-SW	Fortschritt	Sicherheit	Soziales Engagement	Arbeitsfrust
Situative Flexibilität		.27			.28
Menschenkenntnis	.26	.31			
Handlungs-besonnenheit	.22	.38	.37	.24	
Einfühlungsvermögen		.21	.35		
Summenwert	.23	.30	.23	.30	
		.41	.27		

Lebensgewandtheit

Normalgruppe: obere Zeile
 Patientengruppe: untere Zeile
 (unterstrichen)

und "Menschenkenntnis" in Beziehung zur "Fortschrittsorientierung".

Die Einschätzung der Lebensgewandtheit scheint insbesondere bei den Patienten, aber auch bei den Personen der Normalgruppe eine bedeutsame Rolle im Kontext zur "Fortschrittsorientierung" zu spielen.

"Sicherheitsorientierung" steht bei beiden Gruppen in deutlicher Beziehung zur "Handlungsbesonnenheit" (.37 bei der Normalgruppe, .35 bei der Patientengruppe).

"Soziales Engagement" korreliert nur bei den Patienten mit "Menschenkenntnis" (.24). Der Faktor "Arbeitsfrust" steht bei der Patientengruppe mit "Situativer Flexibilität" (.28) in Beziehung. (vgl. Tab. 24).

7.3.6. Lebensstil und Beschwerden

Bei der Normalgruppe ist eine positive Tendenz zwischen dem Lebensstil-Faktor "Soziales Engagement" und den Beschwerden "Psychovegetatives Syndrom" (.21) sowie "Herz- und Kreislaufstörungen" (.24), die eine gewisse psycho-physiologische Labilität erkennen lassen, zu beobachten.

"Sicherheitsorientierung" korreliert bei der Normalgruppe tendenziell mit dem Bereich der "Risikofaktoren" wie Übergewicht oder Bluthochdruck (.20) (vgl. Tab.25).

7.3.7. Beschwerden und Lebensqualität

Insbesondere der Symptomkomplex des vegetativen Syndroms beeinflusst die Lebensqualität sowohl der Normalpersonen als auch der Patienten. In den Bereichen "Beruf" (LQ-B), "Familie" (LQ-F) und "Anderes" weisen beide Gruppen negative Korrelationen zum Faktor "Vegetatives Syndrom" auf. Die Korrelationskoeffizienten variieren zwischen den Werten .27 und .41.

Interkorrelationen der Kriterien

	L E B E N S S T I L					ANSTRENGEN		LEBENSQUALITÄT		
	Typ-A-SW	Fortschritt	Sicherheit	Soziales Engagement	Arbeitsfrust	AB ¹⁾	MOG ²⁾	L0-B	L0-F	L0-A
Vegetatives Syndrom	.40 .38			.21		.54 .60	.50 .56	-.39 -.41	-.37 -.27	-.35 -.35
Innere Organe						.29 .28	.25 .26	-.23 -.23	-.23 -.24	-.24
Herz/Kreislauf	.29 .22			.24		.34 .30	.29 .28			-.28 -.25
Kopf/Migräne						.27 .27	.25 .25	-.20 -.27		
Risikofaktoren			.20							
Summenwert	.31 .33					.42 .47	.38 .43	-.26 -.23	-.25 -.25	-.30 -.34

Normalgruppe: obere Zeile
Patientengruppe: untere Zeile
(unterstrichen)

1) 2) vgl. Tab. 23

Die subjektiv erlebte Belastung durch Erkrankungen der inneren Organe steht nur bei den Personen der Normalgruppe in negativem Zusammenhang zur Lebensqualität. Bei den Patienten ist eine solche Beziehung nicht zu ersehen. Möglicherweise wird in der subjektiven Einschätzung dieser Personengruppe der Belastungseffekt durch die entsprechenden medizinischen Differentialdiagnosen oder durch Gewöhnung "herausgefiltert", bzw. nicht in unmittelbaren Zusammenhang mit der Lebensqualität gebracht.

"Herz- und Kreislaufstörungen" werden bei beiden Gruppen in negativen Zusammenhang mit der "Freizeit" - Qualität gebracht, Kopfschmerzen und Migräne stehen mit der beruflichen Lebensqualität in negativer Beziehung (vgl. Tab. 25).

7.3.8. Beschwerden und Lebenszufriedenheit

"Gesundheit" korreliert bei beiden Gruppen negativ mit den Beschwerden-Faktoren "Vegetatives Syndrom", "Innere Organe (allgemein)" und "Herz-Kreislaufstörungen". Die Werte liegen zwischen -0.24 und -0.46 , wobei die Normalgruppe stets die höheren Werte aufweist. Das könnte vorsichtigerweise dahingehend interpretiert werden, daß sich die Patienten an ihre Beschwerden in gewissem Maße gewöhnt haben und sie subjektiv als weniger beeinträchtigend erleben. Darüber hinaus korreliert der Faktor "Vegetatives Syndrom" bei der Patientengruppe, bei der es vermutlich häufiger beobachtet werden kann als bei der Normalgruppe, negativ mit der allgemeinen (-0.26) und der beruflichen Lebenszufriedenheit (-0.22). Außerdem stehen Kopfschmerzen und Migräne bei den Personen der Patientengruppe in negativer Beziehung zur gesundheitlichen Zufriedenheit (-0.22) (vgl. Tab. 26).

"Tablettenkonsum" kovariiert mit allen Faktoren des Kriteriums "Beschwerden", sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientengruppe. Lediglich im Bereich der Risikofaktoren (Bluthochdruck

Interkorrelationen der Kriterien

	LEBENSZUFRIEDENHEIT							Tablatten-konsun
	Lebenszufrieden- den. i. allg.	Freizeit	Partner/ Familie	Beruf	Zukunft	Gesundheit	Summenwert	
Veget. Syndrom	-.26			-.22		-.46 -.33	-.29	.58 .40
Innere Organe						-.48 -.35		.63 .55
Herz/Kreislauf						-.41 -.24		.48 .40
Kopf/Migräne						-.22		.50 .32
Risikofaktoren								.33
Summenwert						-.55 -.38	-.23	.71 .59

Normalgruppe: obere Zeile
 Patientengruppe: untere Zeile
 (unterstrichen)

Beschwerden

und Übergewicht) ist für die Personen der Normalgruppe keine Beziehung zur Einnahme von Tabletten zu ersehen.

Ansonsten liegen die Werte der Korrelationskoeffizienten für die Normalgruppe höher (.48 bis .63) als diejenigen für die Patientengruppe (.32 bis .55). Auch dieser Befund kann als Hinweis für die subjektive Gewöhnung der Patienten an unterschiedliche Beschwerden gewertet werden. Es ist anzunehmen, daß den Patienten der vorliegenden Teststichprobe teilweise hohe Dosen an Medikamenten 'verordnet werden. Die Einnahme dieser Medikamente steht bei den Patienten aber in einem geringeren Zusammenhang zu subjektiv erlebten Beschwerden als bei den Personen der Normalgruppe. Dazu könnte auch der Umstand beitragen, daß die Patienten eher einen regelmäßigen Tablettenkonsum haben, der nicht immer in direktem Zusammenhang zu tatsächlich erlebten Beschwerden steht. (vgl. Tab. 26).

7.3.9. Beschwerden und Lebensgewandtheit

Die Symptomatik des "Vegetativen Syndroms" korreliert bei den Patienten negativ mit dem Lebensgewandtheit-Faktor "Situative Flexibilität" (-.31). Die Fähigkeit, sich auf wechselnde Situationen schnell einzustellen, ist hier durch Erschöpfungszustände, Überlastung, Angst und Schlafstörungen deutlich reduziert. Weitere "Zusammenhänge" zwischen den Kriterien "Beschwerden" und "Lebensgewandtheit" bestehen nicht (ohne Tabelle).

7.3.10. Interkorrelationen der Angstbelastung

Mit dem Fragekomplex zur Angstbelastung wurde versucht, den Grad allgemeiner Belastung und Angst abzuschätzen, den eine Person erlebt, ohne dabei auf die Beschreibung spezifischer Situationen abzielen.

Die Korrelationen von Belastung und Angst mit den Kriterien "Lebenszufriedenheit", "Lebensqualität", "Lebensgewandtheit", "Lebensstil" und "Beschwerden" zeigen folgende Ergebnisse:

(1) Lebenszufriedenheit:

Die Normalgruppe bringt sowohl das Belastungs- als auch das Angstniveau in negativen Zusammenhang mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($-.38$ bzw. $-.32$), mit der Zufriedenheit hinsichtlich der Freizeitgestaltung ($-.27$ bzw. $-.21$) und mit der Zukunftserwartung ($-.26$ und $-.25$).

Die Patientengruppe zeigt eine andere Verteilung der Werte der Angstbelastung. Das Belastungs- und Angstniveau korreliert, in geringerem Maße als bei der Normalgruppe, negativ mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($-.27$ und $-.23$), aber auch mit der beruflichen Zufriedenheit ($-.28$ bzw. $-.25$). (vgl. Tab. 23).

Negative Zukunftserwartungen oder mangelnde Freizeitmöglichkeiten bei den Personen der Normalgruppe, unzureichende berufliche Zufriedenheit bei den Patienten bilden die erkennbaren Schwerpunkte im Kontext der Angst- und Belastungseinschätzung. Bei den Patienten drängt sich bei der Beurteilung der Angstbelastung die berufliche Perspektive in den Vordergrund, die Normalgruppe thematisiert in diesem Zusammenhang eher den privaten Bereich (Freizeit).

(2) Lebensqualität:

Sowohl "Belastung" als auch "Angst" korrelieren bei beiden Gruppen negativ mit dem Faktor "Familiäres Glück", und positiv mit den Faktoren "Freizeitfrust", "Berufsstreß" und "Niedergeschlagenheit". Die Werte der Korrelationen bewegen sich zwischen $-.25$ und $-.44$ beim Faktor "Familiäres Glück"; zwischen $.29$ und $.50$ bei den anderen Faktoren. Die Patientengruppe bringt zusätzlich die Einschätzung der Belastung in negative Beziehung zur "Berufszufriedenheit" ($-.20$), zum "Freizeitspaß" ($-.21$) und zur "Einsatzfähigkeit" ($-.20$). Letzter Faktor korreliert hier auch negativ mit dem Angstniveau ($.20$).

"Berufsstreß" korreliert, soweit er vorhanden ist, bei beiden Gruppen mit Belastung und Angst. Für die Patienten ist darüber hinaus auch die Zufriedenheit mit dem Beruf oder der beruflichen Arbeit, sowie die Einsatzfähigkeit tendenziell ein Indikator für Belastung und Angst. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, daß die Patienten schon im Vorfeld der beruflich bedingten Belastungsanforderungen durch Unzufriedenheit oder mangelnde Einsatzfähigkeit mit erhöhter subjektiver Angstbelastung reagieren und möglicherweise dadurch die berufliche Streßbelastung drastischer erleben als die Personen der Normalgruppe. Die höheren Korrelationswerte der Patienten beim Faktor "Streßbelastung" (.50 bzw. .46 bei der Patientengruppe, .44 bzw. .37 bei der Normalgruppe) weisen darauf hin.

(3) Lebensgewandtheit:

Der Faktor "Situative Flexibilität" reduziert bei beiden Gruppen den Grad der Belastung (-.21 bei der Normalgruppe, -.31 bei der Patientengruppe), sowie die Angst der Patienten (-.28). Das könnte darauf hindeuten, daß sich die Fähigkeit, auf neue Situationen flexibel zu reagieren, als streßmindernd erweist und damit der Streßbelastung der Patienten entgegenwirkt.

(4) Lebensstil:

Tendenziell erhöhte Belastung (.20) und Angst (.23) ist bei den gesunden Personen im Zusammenhang mit dem Faktor "Soziales Engagement" zu erkennen. Dieses Ergebnis erinnert an den Zusammenhang zwischen den "Lebensstil"- und "Beschwerden"-Faktoren, die eine tendenzielle Beziehung zwischen "Sozialem Engagement" und psycho-physiologischer Labilität (Psychovegetatives Syndrom, Herz- und Kreislaufstörungen) erkennen ließen. Die zusätzlich erhöhte Angstbelastung dieser Faktorengruppe stützt die Annahme einer solchen Beziehung, wenngleich deren Ausprägung gering ist.

(5) Beschwerden:

Die höchsten Belastungs- und Angstwerte gehen bei beiden Gruppen mit dem Symptomkomplex des "psychovegetativen Syndroms" einher, die Korrelationskoeffizienten bewegen sich zwischen den Werten .50 und .60.

Auch Beschwerden der inneren Organe sowie Kopfschmerzen und Migräne stehen bei beiden Gruppen in Beziehung zu erhöhter Belastung und Angst, die Werte schwanken hier zwischen .25 und .30.

Die Normalgruppe weist ferner erhöhte Belastungs- und Angstwerte im Kontext zu Herz- und Kreislaufstörungen auf (.34 bzw. .29). Dieser Zusammenhang ist bei den Kreislaufpatienten nicht zu beobachten, möglicherweise ist hier durch Gewöhnung an Beschwerden oder durch die erklärte medizinische Diagnose das subjektive Belastungs- und Angstniveau im Vergleich zu den Personen der Normalgruppe reduziert (vgl. Tab. 25).

Zusammenfassung:

Belastung und Angst treten bei der Normalgruppe mehr im Umfeld des Freizeitgeschehens oder im Hinblick auf Zukunftserwartungen auf, bei den Patienten eher im Umfeld beruflichen Schaffens.

Diese Zusammenhänge sind sowohl bei den Einschätzungen der Lebensqualität sowie der Lebenszufriedenheit zu beobachten.

Erhöhte Lebensgewandtheit, insbesondere "Situative Flexibilität", ist geeignet, den Grad der Belastung oder Angst zu reduzieren.

Hohe Kovariationen sind zwischen Angst, Belastung und dem Komplex der Beschwerden, vor allem des "Psychovegetativen Syndroms" zu erkennen.

7. 4. Korrelationen der soziodemographischen Variablen mit den Sekundärfaktoren

In diesem Untersuchungsabschnitt soll geprüft werden, inwieweit die Ausprägungen der Sekundärfaktoren - getrennt nach Normal- und Patientengruppe - von den unabhängigen soziodemographischen Merkmalen der Teststichproben beeinflusst werden (vgl. Tab. 27).

(1) Alter:

Die Patienten zeigen nur auf dem Sekundärfaktor "Konfliktvermeidung" eine positive Korrelation zum Alter (.26), bei den Personen der Normalgruppe nimmt mit steigendem Alter die "Soziale Kompetenz" ab (-.27), "Negative Lebenserfahrungen" (.29), "Konfliktvermeidung" (.39) und vor allem "Soziales Desinteresse" (.46) nehmen hingegen deutlich zu.

(2) Geschlecht:

Die Frauen der Patientengruppe weisen im Vergleich zu den männlichen Patienten einen niedrigeren Grad an Erfolgsstreben (-.34) auf. Die Männer sowohl der Normalgruppe als auch der Patientengruppe sind in verstärktem Maße Streßreaktionen ausgesetzt (.28 bei der Normalgruppe, .22 bei der Patientengruppe).

(3) Schulbildung:

Schulbildung korreliert bei der Patientengruppe negativ mit den Sekundärfaktoren "Soziale Inkompetenz" (-.21) und "Konfliktvermeidung" (-.23), bei der Normalgruppe negativ mit "Konfliktvermeidung" (-.31) und "Sozialem Desinteresse" (-.24).

(4) Familienstand:

Die soziodemographischen Variablen "Alter" und "Familienstand" interkorrelieren hoch, entsprechend ähnlich sind die Abhängigkeiten der Sekundärfaktoren von diesen Variablen.

Soziodemographische Variablen

		Alter	Geschlecht	Schul- bildung	Familien- stand	Beruf	Einkommen	Schicht
1	Erfolgsstreben		- -.34					
	Selbstbestimmung							
	Besonnenheit							
	Soz. Kompetenz	-.27 -						
	Emot. Kontrolle							
2	Streßreaktion		.28 .22					- -.22
	Neg. Lebenserfahrung	.29 -				-.20 -		- -.22
	Soz. Inkompetenz			- -.21		- -.24		- -.23
3	Konfliktvermeidung	.39 .26		-.31 -.23	.26 .21	- -.22		- -.20
	Soz. Desinteresse	.46 -		-.24 -	.29 -			

Signifikanzniveau: 5%; Ladungen < .20 nicht berücksichtigt

- 1 Erfolgsorientierung
2 Streß
3 Zurückhaltung

Obere Zahl: Normalgruppe
Untere Zahl: Patientengruppe

Bei der Normalgruppe korreliert der "Familienstand" positiv mit "Konfliktvermeidung" (.26) und "Sozialem Desinteresse" (.29), bei der Patientengruppe nur mit "Konfliktvermeidung" (.21).

(5) Beruf:

Das berufliche Niveau wirkt bei der Normalgruppe tendenziell "negativen Lebenserfahrung" entgegen (-.20), bei der Patientengruppe reduziert es "Soziale Inkompetenz" (-.24) und Konfliktvermeidung" (-.22).

(6) Schichtzugehörigkeit:

Schichtzugehörigkeit reduziert bei der Patientengruppe die Ausprägungen der Bereiche "Streß" und "Zurückhaltung". Negative Korrelationen sind im Zusammenhang mit den Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" (-.22), "Negative Lebenserfahrungen" (-.22), "Soziale Inkompetenz" (-.23) und "Konfliktvermeidung" (-.20) zu beobachten.

Zusammenfassung:

Es fällt auf, daß das Variablenbündel "Schulbildung", "Beruf" und "Soziale Schicht", das den sozialen Status einer Person beschreibt, insbesondere bei der Patientengruppe zur Reduktion von "Streß" und "sozialer Zurückhaltung" beiträgt. Die Normalgruppe zeigt eine auf wenige Werte beschränkte gleichsinnige Tendenz. Die Schichtzugehörigkeit nimmt bei der Normalgruppe keinen Einfluß auf die Ausprägungen von Streßreaktionen und sozialer Zurückhaltung.

Möglicherweise ist dieser Befund im Zusammenhang mit der schon erwähnten Bedeutung von Beruf und Leistung für die einzelnen Gruppen zu sehen. Für die Patientengruppe nehmen Beruf und Leistung einen höheren Stellenwert ein

als für die Normalgruppe und bedingen teilweise Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. Diese tragen vermutlich, wenn sie sich im angestrebten sozialen Status nach außen hin sichtbar niederschlagen, im Sinne einer positiven Rückkoppelung über den erreichten Erfolg zu einer Reduktion von Streß und sozialer Zurückhaltung bei (vgl. LEFRANCOIS, 1976).

Das Einkommen hat keinerlei Einfluß auf die Ausprägung der Sekundärfaktoren. Es steht weder bei der Normalgruppe noch bei der Patientengruppe in irgendeinem Zusammenhang mit Erfolgsorientierung, Streß oder Zurückhaltung. Die anderen sozialen Statusmerkmale weisen ebenfalls keine Beziehung zum Bereich "Erfolgsorientierung" auf. Sie sind bestenfalls geeignet, negative Erlebens- oder Verhaltensdimensionen tendenziell zu reduzieren. Zu einem Verhaltensaufbau im Sinne der Sekundärfaktoren der "Erfolgsorientierung" tragen sie nicht bei.

Die beobachteten Korrelationen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und den Sekundärfaktoren sind größtenteils so gering, daß sie für die weitere Diskussion vernachlässigt werden können. Bemerkenswert ist die Zunahme von "Konfliktvermeidung" und "Sozialem Desinteresse" bei steigendem Alter der Normalgruppe'.

Bei den Normalpersonen scheint sich mit steigendem Alter ein Prozeß zunehmender sozialer Desinteressiertheit auszubilden, der - wie die Faktorenanalyse zeigte - für die Patienten altersunabhängig eine dominierende, von anderen Faktoren abgehobene Bedeutung im sozialen Leben hat.

7.5. Korrelationen der soziodemographischen Variablen mit den Kriterien

Zum Vergleich der Kriterien mit den soziodemographischen Variablen wurden die Summenwerte der Kriterien herangezogen, um einen knappen Überblick der darin enthaltenen

Beziehungen zu ermöglichen, (vgl. Tab. 28).

(1) Alter:

Das Alter korreliert bei der Normalgruppe positiv mit den Summenwerten der "Lebensgewandtheit" (.21), aber auch mit den Summenwerten der "Beschwerden" (.31) und des "Tablettenkonsums" (.23). Bei den Patienten korrelieren lediglich "Beschwerden" (.23) und "Tablettenkonsum" (.28) mit dem Alter.

(2) Geschlecht:

Geschlechtsspezifisch negativ sind bei beiden Gruppen die Korrelationen mit den Summenwerten zur familiären Lebensqualität, der Lebensqualität insgesamt, und der Lebensgewandtheit. Mit anderen Worten: Die Frauen schätzen ihre Lebensqualität und Lebensgewandtheit schlechter ein als die Männer. Die Männer der Normalgruppe zeigen deutliche positive Korrelationen zu "Beschwerden" (.26) und zum Tablettenkonsum (.37).

(3) Schulbildung:

Schulbildung korreliert bei den Personen der Normalgruppe negativ mit dem Summenwert der "Lebensgewandtheit" (-.26), außerdem sind bei beiden Gruppen negative Beziehungen zwischen der Schulbildung und dem Summenwert der "Beschwerden" (jeweils -.21) zu beobachten.

Der negative Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der Lebensgewandtheit bei den Personen der Normalgruppe ist vermutlich auf den Umstand zurückzuführen, daß höhere Schulabschlüsse vorwiegend bei den jüngeren Testpersonen vorliegen (vgl. Interkorrelationen der soziodemographischen Variablen). Die Lebensgewandtheit nimmt jedoch, wie oben beschrieben, mit steigendem Alter zu. Diese Interpretation würde in der Konsequenz allerdings bedeuten,

Interkorrelationen der Lebensstilfaktoren Summenwerte

	Typ-A	LQ-B	LQ-F	LQ-A	LQ-SW	L6	LZ	BES	TAB
Alter						.21		.31 .23	.23 .28
Geschlecht			-.25 -.31		-.26 -.21	-.22 -.20		.26 .37	
Schulbildung						-.26		-.21 -.21	
Fam. stand						.28			
Beruf								-.24	
Einkommen							.30	.23 .25	.20 .20
Klasse								-.22	

LQ: "Lebensqualität"

B: Beruf

F: Familie

A: Andere Aktivitäten

LG: Lebensgewandtheit

LZ: Lebenszufriedenheit

BES: Beschwerden

TAB: Tablettenkonsum

Normalgruppe: obere Zahl
Patientengruppe: untere Zahl
(unterstrichen)

daß Schulbildung selbst keinen wesentlichen Einfluß auf den Grad der Lebensgewandtheit ausübt.

(4) Familienstand:

Verheiratete oder mit einem festen Partner lebende Personen der Normalgruppe zeigen eine deutlich positive Tendenz zum Summenwert der "Lebenszufriedenheit" (.30) und zum Summenwert der "Beschwerden". Letzteres ist wohl durch das durchschnittlich höhere Alter der verheirateten Personen zu erklären, die auch altersentsprechend mehr Beschwerden haben.

Bei den Patienten fehlt der positive Zusammenhang zur Lebenszufriedenheit, eine tendenzielle Beziehung zum Familienstand ist nur bei den Summenwerten der "Beschwerden" und des "Tablettenkonsums" zu erkennen. Vermutlich sind auch diese Werte eine indirekte Funktion des Alters.

(5) Beruf:

Die Daten der Patienten zeigen eine tendenzielle negative Beziehung zwischen der Variable "Beruf" und dem Summenwert der "Beschwerden" (-.22). Das Berufsniveau scheint bei der Patientengruppe die subjektiv erlebten Beschwerden zu reduzieren.

(6) Einkommen:

Bei den Personen der Normalgruppe zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem Summenwert der "Lebensgewandtheit" (.28).

Dieser Zusammenhang ist indirekt altersbezogen, da bei der Normalgruppe sowohl "Einkommen" (.40) als auch "Lebensgewandtheit" (.21) mit steigendem Alter kovariieren.

(7) Schicht:

Die Schichtzugehörigkeit reduziert bei den Patienten den Summenwert des Kriteriums "Beschwerden" (-.24).

Diese Tendenz ist bemerkenswert, weil bei der Patientengruppe die Schichtzugehörigkeit auch in

negativer Beziehung zu Streß und sozialer Zurückhaltung steht. Die subjektiv erlebte Intensität der Beschwerden nimmt, ebenso wie Streßreaktionen, negative Lebenserfahrungen, Soziale Inkompetenz und Konfliktvermeidung mit niederer sozialer Schicht zu.

Zusammenfassung:

Lebensgewandtheit, Alter und Einkommen interkorrelieren bei den Personen der Normalgruppe positiv. Bei jüngeren Personen, auch wenn sie eine höhere Schulbildung besitzen, ist der Grad der Lebensgewandtheit reduziert, ebenso bei Frauen beider Gruppen. Die Ausprägung der Lebensgewandtheit ist daher möglicherweise an einen bis in das hohe Lebensalter hineinreichenden Lernprozeß gebunden, der - über die Variable "Einkommen" - an die berufliche Profilierung geknüpft zu sein scheint.

Auch die Summenwerte für "Beschwerden" und "Tablettenkonsum" scheinen indirekt der Altersverteilung der Patienten zu entsprechen. Die subjektiven Belastungen der Patienten durch Beschwerden sind jedoch mit steigender sozialer Schicht reduziert. Es ist nicht auszuschließen, daß hierbei indirekt bessere Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten für sozial höher gestellte Patienten (z.B. Privatpatienten) mit zum Ausdruck kommen.

7.6. Korrelationen der Kriterien mit den Sekundärfaktoren

Die Faktoren der Kriterien werden mit den Sekundärfaktoren der SCOPE-Ebenen "Erfolgsorientierung", "Streß" und "Zurückhaltung" korreliert.

Zusätzlich wird die Beziehung des Typ-A-Summenwertes mit den SCOPE-Sekundärfaktoren untersucht.

Der Typ-A-Summenwert wird aus den Daten der Fragebogen-items Nrn. 289, 290, 295, 296, 301, 302, 307, 308, 313, 314, 319, 320, 325, 326, 331, 332, 337 und 338 gebildet. (vgl. Anhang, S. 326 ff.).

Zwölf dieser 20 Items sind, in zwei Gruppen von je sechs Items, als Primärfaktoren in den Sekundärfaktoren "Erfolgstreben" und "Besonnenheit" enthalten (vgl. Kapitel 5.2.1. und 5.2.2.).

Insofern stellt der Vergleich des Typ-A-Summenwertes mit den Sekundärfaktoren eine teilweise Interkorrelation der Sekundärfaktoren dar. Allerdings wurden beim Typ-A-Summenwert auch diejenigen Typ-A-Items berücksichtigt, die in den Typ-A-Primärfaktoren nicht mehr enthalten sind. Der Typ-A-Summenwert beschreibt das sogenannte "Typ-A-Verhalten" durch die Berücksichtigung der zusätzlichen Items auf breiterer Basis und unabhängig von anderen auf Sekundärniveau korrelierenden Faktoren.

(1) Typ-A-Summenwert:

Für die Normal- und die Patientengruppe weist der Typ-A-Summenwert positive Interkorrelationen mit den Sekundärfaktoren "Erfolgstreben" und "Besonnenheit" auf, sowie mit allen Sekundärfaktoren der Bereiche "Streß" und "Soziale Zurückhaltung". Vor allem mit den Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" (.60 bzw. .57) und "Negativer Lebenserfahrung" (.41 bzw. .43) korreliert der Typ-A-Summenwert sehr hoch.

Zeitdruck, Aufregungen sowie ehrgeiziges und ungeduldiges Arbeiten sind mit anderen Streß- und Belastungsdimensionen eng verbunden. Aber auch die Korrelationen der Sekundärfaktoren "Soziale Inkompetenz", "Konflikt-

vermeidung" und "Soziales Desinteresse" mit dem Typ-A-Summenwert deuten mit Werten zwischen .26 und .40 auf eine ausgeprägte Beziehung hin.

Ein hoher Typ-A-Summenwert begünstigt nicht nur das Auftreten von "Streßreaktionen", sondern auch Vermeidungs- und sozial: inkompetentes Verhalten. Diese Beziehung ist für beide Gruppen gleichermaßen festzustellen.

(2) Lebensstil:

"Fortschrittsdenken" korreliert bei der Normalgruppe mit "Erfolgsstreben" (.61) und "Sozialer Kompetenz" (.40). Bei der Patientengruppe sind hier ähnliche Werte zu beobachten darüber hinaus auch Korrelationen mit "Selbstbestimmung" (.31) und "Besonnenheit" (.22).

"Sicherheitsorientierung" geht, bei den Normalpersonen mit reduzierter sozialer Kompetenz (-.20) einher, sowie mit erhöhter Neigung zur Konfliktvermeidung (.30). Für die Patientengruppe zeigt der Faktor "Sicherheitsorientierung" positive Korrelationen zu den Sekundärfaktoren "Erfolgsstreben" (.22), "Besonnenheit" (.22) und ebenfalls mit "Konfliktvermeidung" (.29).

"Soziales Engagement" deutet bei den Personen der Patientengruppe auf erhöhte soziale Kompetenz hin (.21). Der Lebensstil-Faktor "Arbeitsfrust" korreliert mit keinem der SCOPE-Sekundärfaktoren, weder bei der Normal- noch bei der Patientengruppe.

Zusammenfassung:

"Fortschrittsdenken" korreliert vor allem mit dem Bereich der Erfolgsorientierung. "Sicherheitsorientierung" ist bei den Patienten ebenfalls an einzelne Elemente der Erfolgsorientierung geknüpft, ansonsten aber auch an eine reduzierte soziale Kompetenz und erhöhte Konfliktvermeidung. "Soziales Engagement" weist nur bei den Patienten auf erhöhte soziale Kompetenz hin.

(3) Allgemeine Belastung und Angst:

"Belastung" reduziert sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientengruppe den Sekundärfaktor "Erfolgstreben" ($-.27$ bzw. $-.22$), weist aber hohe positive Korrelationen zu "Streßreaktionen" und "Negativer Lebenserfahrung" auf. Diese Werte liegen zwischen $.42$ und $.60$. "Belastung" geht bei der Patientengruppe auch mit "Sozialer Inkompetenz" ($.20$) einher, bei der Normalgruppe mit "Sozialem Desinteresse" ($.22$) und verringerter "Emotionaler Kontrolle".

"Angst" reduziert bei den Personen der Normalgruppe den Grad des "Erfolgsstrebens" ($-.23$), zeigt aber mit Werten zwischen $.39$ und $.56$ für beide Gruppen eine enge Beziehung zu den "Streßreaktionen" und den "Negativen Lebenserfahrungen".

Wenngleich die negative Beziehung zwischen "Erfolgstreben" und "Angst" bei den Personen der Normalgruppe gering ist, fällt doch auf, daß "Angst" bei den Patienten das Streben nach Erfolg nicht beeinflusst. Der Faktor "Erfolgstreben" beschreibt im Gegensatz zu "Streßreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen" vor allem Verhaltensziele wie "Leistungsorientierung" und "Besitzstreben".

Diese Zielstrukturen sind, isoliert betrachtet, bei den Patienten offenbar vom Angsterleben abgekoppelt,

während die "Stressreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen" stärker als bei der Normalgruppe mit "Angst" korrelieren. Der Korrelationskoeffizient zwischen "Angst" und "Stressreaktionen" beträgt bei der Normalgruppe .46, bei der Patientengruppe .56.

Dieser Zusammenhang könnte darauf hindeuten, daß die unmittelbare Beziehung zwischen "Angst" und reduziertem Erfolgsstreben, wie es bei den Personen der Normalgruppe zu beobachten ist, bei den Patienten eher indirekt in vermehrten und verselbständigten (vgl. Kap. 5.6.2.) Stressreaktionen zum Ausdruck kommt.

(4) Lebensqualität:

Das Kriterium "Lebensqualität" wird auf der Basis der Summenwerte von "Beruf", "Familie" und "Anderes" mit den Sekundärfaktoren des SCOPE-Fragebogens korreliert.

Zunächst fällt auf, daß alle Bereiche der Lebensqualität bei beiden Gruppen in negativer Beziehung zu "Stressreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen" stehen. Die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen -.27 und -.54, deren Korrelationen zum Summenwert "Lebensqualität" zwischen -.50 und -.57 (vg. Tab. 30).

Bei der Patientengruppe korreliert der Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" mit der beruflichen (.27), der familiären (.21) und der freizeitorientierten (.21) Lebensqualität. Ein derartiger Zusammenhang ist bei der Normalgruppe in keinem Fall zu finden. Der Faktor "Selbstbestimmung" steht bei den Patienten ebenfalls in positiver Beziehung zu Beruf (.28) und Familie (.22). Bei den Normalpersonen korreliert "Selbstbestimmung" hingegen mit der Freizeitqualität (.31), ebenso der Faktor "Soziale Kompetenz" (.21). (vgl. Tab. 29).

Emotionale Kontrolle" ist bei beiden Gruppen mit erhöhter beruflicher und freizeitbezogener Lebensqualität verknüpft. (Die Korrelationen reichen von .23 bis .29). Die Patienten zeigen diese Tendenz auch im Kontext familiärer Lebensqualität (.20).

Außerdem reduziert der Faktor "Soziale Inkompetenz" die Lebensqualität der Patienten in Beruf, Familie und Freizeit (-.29, -.21 bzw. -.26). Bei den Personen der Normalgruppe ist ein solcher Zusammenhang nur im Hinblick auf den Freizeitbereich erkennbar.

(5) Lebensgewandtheit:

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, stehen die Faktoren der "Lebensgewandtheit" bei den Personen der Normal- wie der Patientengruppe in enger Verbindung mit den SCOPE-Faktoren der Erfolgsorientierung. Die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen .20 und .60 bei der Normalgruppe, zwischen .27 und .59 bei der Patientengruppe. Die jeweils höchsten Korrelationskoeffizienten von .60 bzw. .59 werden beim Vergleich der Faktoren "Situative Flexibilität" und "Erfolgsstreben" beobachtet, die geringsten Werte von .20 bzw. .27 beim Vergleich der Faktoren "Einfühlungsvermögen" und "Selbstbestimmung". Allerdings korrelieren auch diese Faktoren noch deutlich positiv miteinander. (vgl. Tab. 29).

"Handlungsbesonnenheit" und "Einfühlungsvermögen" zeigen nur für die Patientengruppe einen positiven Zusammenhang zur "Sozialen Kompetenz" (.32 bzw. .27), außerdem korrelieren bei dieser Gruppe "Menschenkenntnis" und "Einfühlungsvermögen" mit dem Faktor "Emotionale Kontrolle" (.36 bzw. .26). "Situative Flexibilität" reduziert bei den Patienten sowohl die Werte für "Streßreaktionen" (-.38) als auch für "Negative Lebenserfahrungen" (-.29).

Erfolgsorientierung

		Erfolgs- streben	Selbstbe- stimmung	Besonnen- heit	Soziale Kompetenz	Emot. Kontrolle
1	Typ-A-SW	.27 .22		.40 .49		
	Fortschrittsdenken	.61 .58		.22	.40 .39	
	Sicherheitsorientierung	.22	.31	.22	-.20	
	Soziales Engagement				.21	
	Arbeitsfrust					
	AB	-.27 -.22				-.23
2	ABC	-.23				
	Beruf	.27 .27	.28			.29 .26
	Familie	.21	.22			.20
	Anderes	.21	.31		.21	.29
	SW	.21 .28	.24			.32 .32
	Situative Flexibilität	.60 .59	.38 .47	.39 .39	.43 .49	.29 .45
3	Menschenkenntnis	.49 .47	.36 .39	.31 .46	.41 .46	.36 .36
	Handlungsbesonnenheit	.41 .58	.24 .37	.42 .50		.35 .39
	Einfühlungsvermögen	.21 .27	.20 .27	.29 .47	.32 .27	.26 .26
	LEG-Summenwert	.58 .62	.39 .51	.45 .55	.41 .52	.33 .47

- ① Lebensstil
 ② Lebensqualität
 ③ Lebensgewandtheit

Oberer Zahl: Normalgruppe

Untere Zahl: Patientengr.

Streß

		Streß- reaktionen	Negative Lebenserf.
1	Typ-A-SW	.60 .57	.41 .43
	Fortschrittsdenken		
	Sicherheitsorientierung		
	Soziales Engagement		
	Arbeitsfrust		
2	AB	.51 .60	.42 .44
	ABC	.46 .56	.39 .41
	Beruf	-.42 -.54	-.27 -.46
	Familie	-.41 -.39	-.33 -.48
	Anderes	-.36 -.45	-.31 -.46
	SW	-.54 -.55	-.50 -.57
	Situative Flexibilität	-.38	-.29
	Menschenkenntnis		
3	Handlungsbesonnenheit		
	Einfühlungsvermögen		
	LEG-Summenwert	-.27	-.21

① Lebensstil

② Lebensqualität

③ Lebensgewandtheit

Obere Zahl: Normalgruppe

Untere Zahl: Patientengruppe

"Soziale Inkompetenz" steht bei beiden Gruppen in negativer Beziehung zu "Situativer Flexibilität" und "Menschenkenntnis", die Korrelationen betragen bei der Normalgruppe $-.39$ bzw. $-.26$, bei der Patientengruppe $-.37$ bzw. $-.28$.

Die Normalpersonen verknüpfen darüber hinaus "Einfühlungsvermögen" mit "Konfliktvermeidung". ($.20$)

Zusammenfassung:

Zwischen dem Kriterium "Lebensgewandtheit" und dem gesamten Bereich "Erfolgsorientierung" liegt eine enge inhaltliche Verknüpfung vor, die für beide Gruppen annähernd gleich aussieht.

Dieses Ergebnis ist vor allem im Zusammenhang mit der vermuteten erfolgsozentrierten Zielstruktur der Patientengruppe interessant: "Situative Flexibilität" korreliert - bei beiden Gruppen - hoch mit "Erfolgsstreben", reduziert aber offensichtlich die Streßbelastung der Patienten. Auch "Menschenkenntnis" und "Einfühlungsvermögen" heben das Niveau "Sozialer Kompetenz" bei der Patientengruppe. Diese Feststellung beschreibt keine Ursache-Wirkungs-Abfolge, sie zeigt aber deutlich, daß Soziale Kompetenz und Streßminimierung bei denjenigen Patienten ausgeprägt sind, die hohe Werte im Bereich der Lebensgewandtheit aufweisen.

(6) Lebenszufriedenheit:

Die Faktoren der "Lebenszufriedenheit" korrelieren teilweise mit den SCOPE-Faktoren der "Erfolgsorientierung". Insbesondere aber stehen sie bei beiden Gruppen in negativer Beziehung zum "Streß". Diese Korrelationskoeffizienten reichen bei der Normalgruppe von $-.22$ bis $-.41$, bei der Patientengruppe von $-.21$ bis $-.45$. (vgl. Tab. 31,32).

Ausnahmen bilden die berufliche Zufriedenheit, die nur bei der Patientengruppe den Grad der "Streßreaktionen" reduziert, sowie die Zufriedenheit mit der erwarteten Zukunft: Sie hat keinen positiven oder negativen Einfluß auf die Ausprägung von Streßreaktionen.

Streßreaktionen (Leistungseinschränkungen, Schlafstörungen, Muskelverspannungen etc.) scheinen damit von der Zukunftserwartung unabhängig zu sein. "Negative Lebenserfahrungen", die u.a. Einstellungsdimensionen wie "Pessimismus", "Optimismus" oder "Resignation" umfassen, sind hingegen bei beiden Gruppen von der Zukunftserwartung mit beeinflußt.

Der Sekundärfaktor "Erfolgsstreben" korreliert bei beiden Gruppen mit der allgemeinen sowie der freizeitorientierten Zufriedenheit (.23 bis .28), bei den Patienten auch mit der beruflichen Zufriedenheit (.23).

"Selbstbestimmung" geht sowohl bei der Normal- als auch bei der Patientengruppe positiv mit allgemeiner, freizeit - bezogener und familiärer Zufriedenheit einher (.26 bis .39). Außerdem korreliert "Selbstbestimmung" bei den Patienten positiv mit der beruflichen Zufriedenheit (.26) und bei den Personen der Normalgruppe negativ mit der Zukunftserwartung (-.29). Auch der Faktor "Besonnenheit" zeigt für die Normalgruppe eine negative Beziehung zur Zukunftserwartung (-.22).

Das bedeutet, daß bei den Personen der Normalgruppe mit einer düsteren Zukunftserwartung erhöhte Werte der Selbstbestimmung und der Besonnenheit verbunden sind. Für die Patientengruppe ist ein derartiger Zusammenhang nicht zu erkennen.

"Selbstbestimmung" bringt die Möglichkeit zum Ausdruck, selbst auf die weitere Entwicklung seines Lebens Einfluß nehmen zu können und damit in gewissem Grad von äußeren Einflüssen unabhängig zu sein. "Besonnenheit" als Element einer gewissenhaften und umsichtigen Ausführung solcher Lebensinitiativen geht bei den Personen der Normalgruppe mit dem Faktor "Selbstbestimmung" einher, im Sinne einer Reduktion unbefriedigender Zukunftsaussichten.

		Erfolgsorientierung				
		Erfolgs- streben	Selbst- bestimmung	Besonnen- heit	Soziale Kompetenz	Emotionale Kontrolle
1	Zufriedenheit i. allg.	.23 <u>.28</u>	.28 <u>.26</u>		.21	<u>.25</u>
	Freizeit	.23 <u>.24</u>	.30 <u>.39</u>	.35 <u>.34</u>	.25	.21 <u>.26</u>
	Partner/Familie		.28 <u>.28</u>	.27		<u>.20</u>
	Beruf	<u>.23</u>	<u>.26</u>	.20 <u>.28</u>		<u>.27</u>
	Zukunft		-.29	-.22		
	Gesundheit					.27
	Summenwert	<u>.23</u>	<u>.36</u>		.29	.30 <u>.33</u>
2	Vegetatives Syndrom	<u>-.20</u>				-.30 <u>-.22</u>
	Innere Organe allg.					
	Herz- und Kreislauf					
	Kopf/Migräne					
	Risikofaktoren					
	Summenwert					-.23
3	Tablettenkonsum					

- 1 Lebenszufriedenheit
- 2 Beschwerden
- 3 Tablettenkonsum

Normalgruppe: obere Zahl
 Patientengruppe: untere Zahl
 (unterstrichen)

	Streß		Zurückhaltung		
	Streß- reaktion	Negative Lebenserf.	Soziale Inkomp.	Konflikt- vermeidung	Soziales Desinteresse
1	Zufriedenheit i. allg.	<u>-.33</u> -.39	<u>-.41</u> -.45		-.24
	Freizeit	<u>-.24</u> -.21	<u>-.29</u> -.22		-.21
	Partner/Familie	<u>-.23</u> -.22	<u>-.22</u> -.31		
	Beruf	<u>-.36</u> -.36	<u>-.26</u> -.36		-.20
	Zukunft		<u>-.31</u> -.36		-.27
	Gesundheit	<u>-.48</u> -.38	<u>-.32</u> -.33		
	Summenwert	<u>-.40</u> -.45	<u>-.41</u> -.51	<u>-.30</u> -.29	-.32
	Vegetatives Syndrom	<u>.69</u> .74	<u>.41</u> .47		.22
2	Innere Organe allg.	<u>.50</u> .41	<u>.24</u> .31		
	Herz- und Kreislauf	<u>.35</u> .38	<u>.30</u> .28		.27
	Kopf/Migräne	<u>.41</u> .41	<u>.24</u> .24		
	Risikofaktoren			.33	.38
	Summenwert	<u>.66</u> .63	<u>.38</u> .44		.28
	Tablettenkonsum	<u>.47</u> .37	<u>.22</u> .23		.20

1 Lebenszufriedenheit

2 Beschwerden

3 Tablettenkonsum

Normalgruppe:

obere Zahl

Patientengruppe:

untere Zahl

(unterstrichen)

"Soziale Kompetenz" korreliert bei den Personen der Normalgruppe positiv mit allgemeiner und freizeitorientierter Zufriedenheit (.21 bzw. .25).

Eine zufriedenstellende Freizeitgestaltung ist bei beiden Gruppen auch mit einer Reduzierung sozialer Inkompetenz verbunden (-.29 bei der Normalgruppe, -.22 bei der Patienten-
gruppe).

"Emotionale Kontrolle" korreliert bei den Patienten positiv mit "Allgemeiner Lebenszufriedenheit" (.25), mit "Freizeit" (.26), "Partner/Familie" (.20) und "Beruf" (.27), bei den Personen der Normalgruppe mit "Freizeit" (.21) und "Gesundheit" (.27).

Bemerkenswert erscheint der negative Zusammenhang zwischen dem Faktor "Soziales Desinteresse" und den Faktoren "Allgemeine Lebenszufriedenheit" (-.24), "Freizeit" (-.21), "Beruf" (-.20) und "Zukunft" (-.27), der nur bei den Personen der Normalgruppe zu beobachten ist.

"Soziales Desinteresse" bringt bei dieser Gruppe weitgehende Lebensunzufriedenheit zum Ausdruck, die alle Bereiche mit Ausnahme von Familie und Gesundheit umfaßt. Anders interpretiert könnte das bedeuten, daß in diesem Fall mangelnde Zufriedenheit sozialem Desinteresse und damit indirekt reduzierter sozialer Kompetenz Vorschub leistet. Die Faktorenanalysen zeigten, daß für die Patienten "Soziales Desinteresse" einen isolierten Faktor bildete, während er als Primärfaktor bei der Normalgruppe deutlich in negativer Beziehung zur "Sozialen Kompetenz" stand (vgl. Kap. 5.2.7.).

Zusammenfassung:

"Lebenszufriedenheit" steht in negativer Beziehung zu "Streßreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen". Eine Ausnahme bildet die Zufriedenheit mit der erwarteten Zukunft: Diese steht mit der Ausprägung von Streßreaktionen in keinem Zusammenhang. Eine düstere Zukunftserwartung

weist jedoch für die Normalgruppe erhöhte Werte an "Selbstbestimmung" und "Besonnenheit" auf. Der Möglichkeit, eigene Initiativen zu ergreifen und mit Umsicht durchzuführen, wird hier mehr Gewicht zugesprochen als bei der Patientengruppe. "Lebenszufriedenheit" reduziert bei der Normalgruppe ferner die Ausprägung von "Sozialem Desinteresse" und - bei beiden Gruppen - auch die Ausprägung von "Sozialer Inkompetenz".

(7) Beschwerden:

Die "Beschwerden"-Faktoren zeigen einen deutlichen positiven Zusammenhang zu "Stressreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen". Die Korrelationskoeffizienten bewegen sich zwischen .24 und .69 für die Normalgruppe, zwischen .24 und .74 für die Patientengruppe.

Die höchsten Werte sind für beide Gruppen beim Vergleich des "Psychovegetativen Syndroms" mit dem Sekundärfaktor "Stressreaktionen" zu beobachten. Auch Beschwerden innerer Organe und Kopfschmerzen oder Migräne zeigen einen engen Zusammenhang mit Stressreaktionen.

Bei der Normalgruppe scheinen darüber hinaus die "Beschwerden"-Faktoren "Psychovegetatives Syndrom", "Herz- und Kreislaufstörungen" und "Risikofaktoren" die Ausprägungen von "Sozialem Desinteresse" zu begünstigen. Die Korrelationskoeffizienten pendeln zwischen .22 und .38.

Der Symptomkomplex "Psychovegetatives Syndrom" korreliert bei der Patientengruppe negativ mit "Erfolgsstreben" (-.20) und "Emotionaler Kontrolle" (-.22), jedoch positiv mit "Sozialer Inkompetenz" (.24). Bei der Normalgruppe ist ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen dem "Psychovegetativen Syndrom" und "Emotionaler Kontrolle" (-.30) zu erkennen, sowie eine deutliche positive Beziehung zwischen den "Risikofaktoren" (Übergewicht, Bluthochdruck) und dem Faktor "Konfliktvermeidung" (.33).

Zusammenfassung:

Die Faktoren des Kriteriums "Beschwerden" korrelieren hoch mit "Streßreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen". Dieser Zusammenhang ist bei den Patienten zu beobachten, die aufgrund ihrer Erkrankungen oft starke Beschwerden zu erleiden haben. Streß und Beschwerden stehen bei den Patienten in enger Beziehung. Bei den Personen der Normalgruppe ist der gleiche Zusammenhang von Streß und Beschwerden zu erkennen. Das Kriterium "Beschwerden" erfaßt nicht die durch Ärzte vorgegebenen medizinischen Diagnosen, sondern die subjektive Belastungseinschätzung auf unterschiedlichen Beschwerderr-Skalen. Soweit Beschwerden auftreten, werden diese - unabhängig von der Zuordnung zur Normal- oder Patientengruppe - in enge Verbindung mit "Streß" gebracht.

7.7. Zusammenfassung der Kriterieninterkorrelationen

Soziodemographische Merkmale interkorrelieren vor allem auf den Skalen des sozialen Status, sowie mit der Variable "Alter". "Alter", "Familienstand" und "Einkommen" weisen auf eine positive Kovarianz hin, während höhere Schulbildung und Schichtzugehörigkeit bei der untersuchten Teststichprobe eher auf jüngere Personen konzentriert ist. Die Personen der Normalgruppe zeigen auf der Ebene dieser Interkorrelationen stärkere Ausprägungen als die Personen der Patientengruppe. Das Ergebnis kennzeichnet eine tendenzielle Verschiebung des sozialen Status der Normalgruppe gegenüber der Patientengruppe, was vermutlich durch das jüngere Durchschnittsalter der Personen der Normalstichprobe bedingt ist. Der Anteil höherer Schulbildung ist bei den jüngeren Testpersonen der Normalgruppe größer als bei den älteren. Die soziale Struktur der Patientengruppe ist über die Altersverteilung hinweg eher homogen.

Ein gehobener sozialer Status reduziert bei den Patienten "Streß" und "Soziale Zurückhaltung". Die berufliche Bedeutung im Bewertungskontext der Patienten und der erreichte, nach außen hin sichtbare Erfolg ("Schicht") mögen über den Weg erhöhter beruflicher Zufriedenheit zur Minderung von Streßreaktionen und negativen Lebenserfahrungen beitragen. Auf die Ausprägung des Verhaltensbereiches "Erfolgsorientierung" z.B. "Erfolgstreben" oder "Soziale Kompetenz" haben soziale Statusmerkmale jedoch keinerlei erkennbaren Einfluß.

Die Interkorrelationen der Sekundärfaktoren spiegeln im wesentlichen die Struktur der Tertiärfaktoren. Die Sekundärfaktoren der "Erfolgsorientierung" korrelieren hoch miteinander, ebenso die Sekundärfaktoren von "Streß" und "Zurückhaltung".

Die Interkorrelationen zwischen den Faktoren der Kriterien lassen für die Personen der Normalgruppe eine engere Beziehung der Bereiche "Freizeit" und "Familie" erkennen als bei der Patientengruppe, sowie eine deutlichere Abgrenzung der einzelnen Untersuchungsebenen.

Für die Patientengruppe zeichnet sich die Tendenz einer größeren wechselseitigen Überlagerung der Untersuchungsbereiche "Beruf", "Familie" und "Freizeit" ab. Die Qualität des familiären und freizeitbezogenen Lebens ist hier stärker als bei den Normalpersonen an berufliche Zufriedenheit geknüpft.

"Lebensgewandtheit", insbesondere "Situative Flexibilität" kovariiert hoch mit "Erfolgsorientierung" und ist zugleich geeignet, bei der Patientengruppe "Streßreaktionen" zu reduzieren. Für die Patientengruppe ist ferner bemerkenswert, daß alle Faktoren der Lebensgewandtheit in einem signifikant positiven Verhältnis zur beruflichen Zufriedenheit stehen, diese wiederum tangiert bei den Patienten andere Lebensbereiche (Familie, Freizeit) stärker als bei der Normalgruppe.

Die Korrelationen zwischen Faktoren der Kriterien und der Sekundärfaktoren zeigen eine Reihe von Ergebnissen, die hier nochmals grob skizziert werden:

- Der A-Typ-Summenwert kovariiert bei beiden Gruppen insbesondere mit den SCOPE-Bereichen "Streß" und "Zurückhaltung".
- "Fortschrittsdenken" korreliert überwiegend mit "Erfolgsstreben", "Sicherheitsorientierung" ist eher an "Soziale Inkompetenz" und "Konfliktvermeidung" geknüpft. "Soziale Kompetenz" korreliert tendenziell mit "Sozialem Engagement".
- "Angst" reduziert bei der Normalgruppe den Grad des "Erfolgsstrebens". Diese Beziehung ist bei den Patienten nicht erkennbar, statt dessen reagieren sie mit erhöhten Streßreaktionen, die in diesem Zusammenhang vermutlich eine verselbständigte Dynamik entfalten.
- Auf unbefriedigende Zukunftserwartungen reagieren (nur) die Personen der Normalgruppe mit verstärkter Eigeninitiative ("Selbstbestimmung" und "Besonnenheit"), die auf einen breiteren Horizont "Situativer Flexibilität" schließen läßt.
- Die subjektiv erlebte Intensität von "Beschwerden" ist bei beiden Gruppen eng an die Ausprägung der "Streßreaktionen" und "Negativen Lebenserfahrungen" gekoppelt.

8. Varianzanalysen der Sekundärfaktoren

Mit der Varianzanalyse wird ein Mittelwertvergleich aller untersuchten Patientengruppen mit der Normalgruppe angestrebt. Dem Mittelwertvergleich liegen die SCOPE-Sekundärfaktoren und die Kriterien-Summenwerte zugrunde, um auf diesem Abstraktionsniveau signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen und den Normalpersonen zu ermitteln. Als Prüfverfahren der Mittelwertunterschiede wird der t-Test (vgl. CLAUSS/EBNER, 1972, S. 150 ff.) herangezogen.

Dieses Verfahren wurde gewählt, um zunächst auf der Ebene der Sekundärfaktoren bzw. Kriterien-Summenwerte klinisch relevante Differenzen im Vergleich von Patienten und Normalpersonen sichtbar zu machen.

Der Begriff "Klinisch relevant" ist dabei nicht im Sinne therapeutischer Erfordernisse zu verstehen. Er kennzeichnet überzufällige Datenabweichungen von Verhaltensdimensionen, die bei den untersuchten, klinisch-stationär behandelten Patienten gemessen und mit den Normaldaten der Normalgruppe verglichen werden.

Mittelwertvergleiche von Gruppen ermöglichen keine Bestimmung individueller Verhaltensausrprägungen, da diese innerhalb der Stichprobenverteilungen variieren und sich mit den Normdaten der Normalstichprobe überschneiden können.

Deshalb erlaubt der Mittelwertvergleich von Patientengruppen mit der Normalstichprobe keine Aussagen im Hinblick auf individualtherapeutisch erforderliche Maßnahmen bei einzelnen Patienten der untersuchten Gruppen. Für eine individuelle "Streß"-Diagnostik wären die Daten der einzelnen Patienten heranzuziehen und in ihren Faktorenausprägungen den

Normdaten der Normalgruppe gegenüberzustellen.

Das Ziel der vorliegenden Varianzanalyse besteht darin, Verhaltenstendenzen zu erfassen, die innerhalb einer Patientengruppe bei einem Großteil der untersuchten Personen zu beobachten sind und sich in ihren Ausprägungen mit hoher Wahrscheinlichkeit von dem bei der Normalgruppe beobachteten Verhalten absetzen.

Die Daten der Normalgruppe bilden auch das Bezugssystem für die Ergebnisdiskussion. Vergleiche zwischen den einzelnen Patientengruppen sind im Rahmen dieser Arbeit noch nicht zu leisten. Ein solcher Aufwand ist dann gerechtfertigt, wenn medizinisch-ärztliche Diagnosen weiter differenziert und für alle Subgruppen entsprechend große Patientenstichproben erhoben werden können. Für einige Patientengruppen (z.B. Hautpatienten) ist dieser Schritt im Rahmen des STRESA-Forschungsprojekts zum Zwecke anschließender kontrollierter Therapiestudien bereits in Planung.

Vorab ist zu klären, inwieweit mit den Kriterien und SCOPE-Faktoren auf Primär- und Sekundärebene unterschiedliche Verhaltensausprägungen bei Patientengruppen beobachtet und zur Darstellung gebracht werden können. Die Bündelung auffälliger Verhaltensdimensionen wird für jede Patienten-
gruppe im Sinne der Beschreibung eines "Streß"-Profils zusammengefaßt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen zu den Kriterien bzw. SCOPE-Sekundärfaktoren sind im Anhang aufgelistet (vgl. Anhang , S. 295 ff.)

Als Darstellungsverfahren der Varianzanalysen dienen modifizierte Säulendiagramme. Sie sind so konzipiert, daß für jedes Kriterium bzw. jeden Sekundärfaktor der jeweilige Wert der Normalgruppe (Gruppe 1) dem Wert "Null" entspricht. Für die Gruppen Nrn. 2 bis 14 werden dann die Abweichungen vom Wert der Normalgruppe nach oben oder unter durch Säulen graphisch veranschaulicht.

Signifikante Abweichungen vom Wert der Normalgruppe sind für die einzelnen Patientengruppen unter der nummerierten Kennzeichnung mit einem Stern markiert (vgl. Abb. 7 - 14). Dabei sind alle Mittelwertunterschiede ab dem 5-%-Signifikanzniveau berücksichtigt. Eine Feinabstufung der Signifikanzniveaus (5-%, 1-%) entfällt, da sie für die Diskussion der Daten eine untergeordnete Rolle spielt.

Bei der Interkorrelation der soziodemographischen Variablen wurde festgestellt, daß das Alter der Testpersonen auf andere soziodemographische Variablen (Familienstand, Einkommen etc.) direkt oder indirekt den vergleichbar stärksten Einfluß nimmt und deshalb als die bedeutsamste der untersuchten Variablen anzusehen ist (vgl. Kap. 7.1.).

Auch die Ausprägungen der Sekundärfaktoren zeigten tendenziell, direkte oder indirekte Abhängigkeiten im Kontext der Altersvariablen (vgl. Kap. 7.4.).

Aus diesem Grund wurden die Varianzanalysen der Sekundärfaktoren zweifach durchgeführt:

- a) auf der Basis der erhobenen Rohdaten, und
- b) unter Beachtung des Alters als Kovariable. (vgl. Anhang EDD. 31 - 34, S. 298 - 301).

Die Kovariable Alter wird bei der Diskussion der Sekundärfaktoren gewürdigt, wenn bei einzelnen Patientengruppen altersabhängige Verschiebungen signifikanter Mittelwertunterschiede erkennbar sind. Mit diesem Vorgehen bilden einerseits die erhobenen Rohwerte die zentrale Grundlage der Datendiskussion¹⁾, andererseits können die mitunter erheblichen Altersunterschiede einzelner Patientengruppen berücksichtigt werden, soweit sie sich auf die Profilgestalt der Verhaltensdimensionen auswirken.

1) Anmerkung:

Kovariablen-bereinigte Datensätze operieren mit hypothetischen Werten, und schließen im Hinblick auf ihre Interpretierbarkeit ein größeres Fehlerrisiko ein als die gegebenen Rohwerte.

8.1. Varianzanalyse der "Erfolgsorientierung"

Der Tertiärbereich "Erfolgsorientierung" umfaßt die Sekundärfaktoren "Erfolgssstreben", "Besonnenheit", "Selbstbestimmung", "Soziale Kompetenz" und "Emotionale Kontrolle" (vgl. Abb. Nrn. 7 und 8).

Für jeden Sekundärfaktor der "Erfolgsorientierung", ebenso für die Sekundärfaktoren der Bereiche "Streß" und "Zurückhaltung" können die Mittelwerte zwischen 6 und 24 variieren. Sechs Items mit je vier Antwortalternativen ergeben für jeden Primärfaktor diese Punktsammenbreite. Der Mittelwert wird aus der Summe der zu einem Sekundärfaktor gehörenden Primärfaktoren berechnet.

(1) Erfolgsstreben:

Fünf der untersuchten Patientengruppen zeichnen sich gegenüber den Personen der Normalgruppe durch ein signifikant erhöhtes Maß an "Erfolgssstreben" aus. Es handelt sich dabei um Herzpatienten (Gruppen 4 und 5), um Kreislaufpatienten mit Arthrosen (Gruppe 8), um Patienten mit Skeletterkrankungen (Gruppe 13), sowie um Patienten mit Stoffwechselstörungen (Gruppe 14). ¹⁾

Sieht man vom signifikanten Wert der Patienten mit Stoffwechselstörungen ab, dann stehen zwei Symptombereiche in enger Beziehung zum Faktor "Erfolgssstreben": Herzinfarkt bzw. koronare Herzerkrankung und Skeletterkrankungen (Arthrosen).

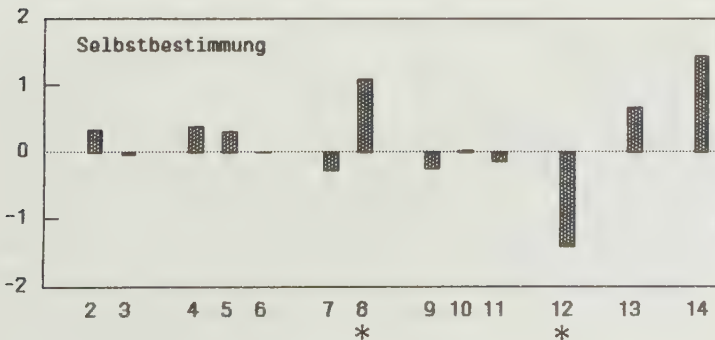
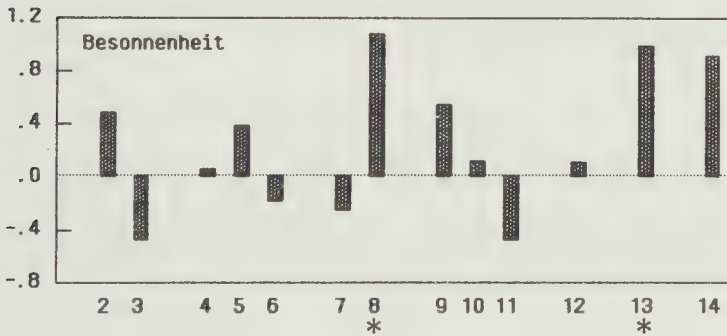
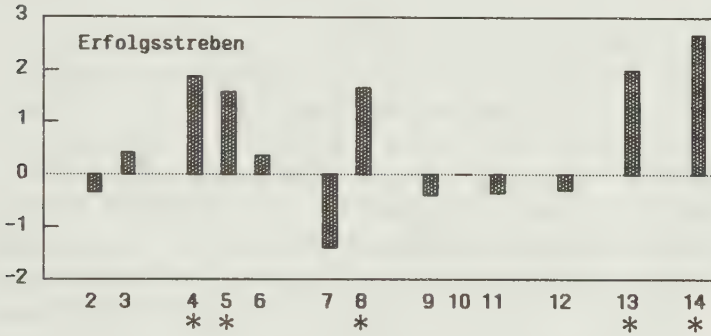
Bei den Herzpatienten sind es vor allem die jüngeren, überwiegend männlichen Personen, die signifikant hohe Ausprägungen an "Erfolgssstreben" aufweisen. Kreislaufpatienten (Gruppe 7) zeigen auf diesem Faktor einen eher

1) Die Mittelwerte von Patienten mit Stoffwechselstörungen (Gruppe 14) sind mit in die Abbildungen einbezogen. Wegen der kleinen Stichprobe dieser Patientengruppe (N = 6) wird auf eine Diskussion der Daten im Kontext dieser Arbeit jedoch verzichtet.

Abb. 7

Erfolgsorientierung (1)

(1 Normalgruppe)	6 Herz (Hfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



erniedrigten Wert, der sich aber nicht signifikant von dem der Normalgruppe unterscheidet.

Es ist deshalb zu vermuten, daß der Symptomkomplex der "Arthrosen" mit erhöhten Ausprägungen des "Erfolgsstrebens" korreliert. Nur diejenigen Kreislaufpatienten, die zugleich an Arthrosen leiden, zeigen vergleichbar hohe Werte wie Herz- und Arthrose-Patienten. Für andere Kreislaufpatienten trifft dieser Zusammenhang nicht zu.

Auch die Alters- und Geschlechtsstrukturen zwischen Herz- und Arthrose-Patienten sind ähnlich. In diesen Patientengruppen wurden überwiegend Männer mit einem Durchschnittsalter von etwa 50 Jahren untersucht.

Die am meisten belasteten Herzpatienten (Gruppe 6) sind durchschnittlich älter, der Frauenanteil ist in dieser Gruppe etwas größer. Die deutliche Altersverschiebung zum Rentenalter hin und der hohe Grad an Krankheitsbelastung mögen dafür verantwortlich sein, daß "Erfolgsstreben" bei dieser Gruppe nicht die Bedeutung einnimmt wie bei den jüngeren Herzpatienten.

Die altersbereinigte Varianzanalyse zeigt jedoch, daß bei den jüngeren Herz- und Arthrose-Patienten der Grad an Erfolgsstreben ebenfalls signifikant von dem Wert der Normalgruppe abweicht. Es ist deshalb anzunehmen, daß der Faktor "Erfolgsstreben" für diese Patientengruppe eine altersunabhängig hohe Bedeutung hat.

(2) Besonnenheit:

Die Annahme, daß nicht die Symptomatik der Kreislauferkrankungen, sondern die der Arthrosen mit dem Erscheinungsbild der "Erfolgsorientierung" kovariiert, wird durch das Skalenprofil des Faktors "Besonnenheit" gestützt.

Die Gruppen 8 und 13, die bereits unter dem Faktor "Erfolgsorientierung" eine vergleichbare Tendenz zeigten, heben sich auch im Hinblick auf den Faktor "Besonnenheit" signifikant vom Vergleichswert der Normalgruppe ab.

Die durchschnittlich jüngeren und überwiegend männlichen Patienten mit Arthrosen zeigen in ihrem gewissenhaften, genauen, aber auch ehrgeizigen und ungeduldigen Arbeitsstil signifikant höhere Ausprägungen als die Personen der Normalgruppe.

(3) Selbstbestimmung:

Für den Faktor der "Selbstbestimmung" sind erhöhte Werte sowohl für die Kreislaufpatienten mit Arthrosen wie auch für die Arthrose-Patienten feststellbar. Die Kreislaufpatienten mit Arthrosen heben sich signifikant vom Vergleichsniveau der Normalpersonen ab, die Arthrose-Patienten lassen eine ähnliche Tendenz erkennen. Die signifikante Abweichung der Gruppe 8 ist in ihrer Ausprägung jedoch altersabhängig, wie die altersbereinigte Varianzanalyse zeigt (vgl. Anhang, Abb. 31, S. 298).

Bei vergleichbarer Altersstruktur würden die Patienten der Gruppe 8, gemessen an der Normalstichprobe, erhöhte Werte an "Selbstbestimmung" zeigen. Zunehmendes Alter scheint jedoch bei den Kreislaufpatienten mit Arthrosen tendenziell den Grad an "Selbstbestimmung" zu verstärken. Der Variationsbreite dieser differierenden Meßwerte kann aber nicht allzuviel Bedeutung beigemessen werden. Ein wesentlichere Unterscheidungsmerkmal dürfte die zu beobachtende gleichsinnige Tendenz der Arthrose-Patienten sein, erhöhte Werte für nahezu den gesamten Bereich der "Erfolgsorientierung" zu zeigen.

Auffällig ist die signifikant reduzierte "Selbstbestimmung" bei Patienten mit der Zusatzdiagnose "Psychovegetative Erschöpfung". Diese Patienten schätzen offensichtlich die Möglichkeiten, ihr eigenes Leben selbstverantwortlich zu gestalten, sehr gering ein. Funktionelle Störungen, die mit dem Symptomenkomplex der psychovegetativen Erschöpfung umschrieben werden, korrelieren als einzige Diagnose-

gruppen signifikant negativ mit dem Faktor Selbstbestimmung. Dieser Zusammenhang ist zudem, wie die altersbereinigte Varianzanalyse zeigt, von der Altersstruktur der Patientengruppe unabhängig.

(4) Soziale Kompetenz:

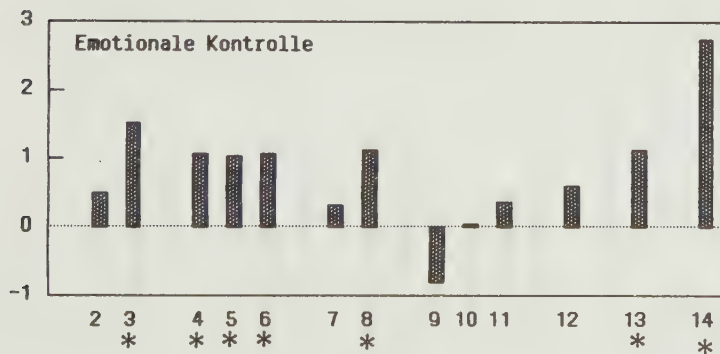
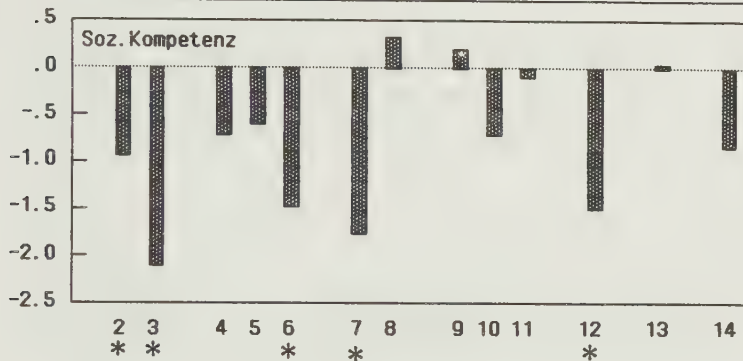
Der Sekundärfaktor "Soziale Kompetenz" zeigt für eine Reihe von Patientengruppen signifikant reduzierte Werte. Die Krebspatienten (Gruppen 2 und 3), die am stärksten mehrfachbelasteten Herzpatienten (Gruppe 6), die Kreislaufpatienten (Gruppe 7) und die Patienten mit funktionellen Störungen ("Psychovegetative Erschöpfung", Gruppe 12) unterscheiden sich überzufällig negativ von den Vergleichsdaten der Normalgruppe. Hautpatienten ("Psoriatiker", Gruppe 10) weisen auf schlechter ausgebildete soziale Fertigkeiten hin, als dies bei der Normalgruppe zu beobachten ist, ebenso die Herzpatienten der Gruppen 4 und 5. Signifikante Abweichungen der "Sozialen Kompetenz" sind in ihrer Ausprägung altersabhängig. Die Varianzanalyse, bei der das Alter der Testgruppen als Kovariable berücksichtigt wird, läßt für den Faktor "Soziale Kompetenz" keine signifikanten Abweichungen vom Vergleichswert der Normalgruppe erkennen (vgl. Anhang, Abb. 32, S. 299).

Die Ausprägung sozialer Fertigkeiten verschiebt sich jedoch bei allen Gruppen altersabhängig nach unten. Krebs-, Kreislauf- und funktionell beeinträchtigte Patienten sind unabhängig von der Altersstruktur sozial weniger kompetent als die Personen der Normalgruppe (vgl. Abb. 8).

Mit zunehmendem Alter (das Durchschnittsalter der Patientengruppe ist höher als das der Normalgruppe) werden diese negativen Abweichungen signifikant. Die Minderung sozialer Kompetenz mit steigendem Alter ist auch bei den Kreislaufpatienten mit Arthrosen (Gruppe 8) sowie bei den Arthrosepatienten (Gruppe 13) zu beobachten.

Erfolgsorientierung (2)

(1 Normalgruppe)	6 Herz (Hfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



Diese zeigen in der altersunabhängigen Varianzanalyse gegenüber der Normalgruppe eher erhöhte Werte der "Sozialen Kompetenz". Altersabhängig sinken diese Ausprägungen etwa auf das Niveau sozialer Kompetenz, das bei der Normalgruppe zu erkennen ist.

Die Kriterienanalyse zeigte, daß bei der Normalgruppe "Alter" und "Soziale Kompetenz" ebenfalls negativ korrelieren (-0.27). Die Tendenz einer altersabhängigen Reduktion der sozialen Kompetenz scheint jedoch bei den Krebs- und Herzpatienten sowie bei den Patienten mit funktionellen Störungen gegenüber den Personen der Normalgruppe drastisch beschleunigt zu sein.

Diese Krankheitsbilder stellen für die betroffenen Patienten erhebliche Belastungen dar, die sich meist über einen Jahre dauernden Zeitraum erstrecken. Möglicherweise gehen mit den Krankheitsverläufen mangelnde soziale Unterforderungen einher, die für die Patienten einen stärkeren Rückzug aus dem beruflichen oder familiären Leben bedeuten und einen Verlust sozialer Fertigkeiten nach sich ziehen. Bei den funktionell beeinträchtigten Patienten mag der Verlust an sozialer Kompetenz darüber hinaus durch den - altersunabhängigen - Mangel an selbstbestimmter Lebensführung mitverursacht sein. "Soziale Kompetenz" weist bei den Patienten mit "Selbstbestimmung" eine Korrelation von $.44$ auf.

(5) Emotionale Kontrolle:

Bei drei Diagnosekategorien sind signifikant erhöhte Werte der "Emotionalen Kontrolle" festzustellen.

Es handelt sich um die mehrfachbelasteten Krebspatienten (Gruppe 3), um die Herzpatienten (Gruppen 4, 5 und 6) sowie um Patienten mit Arthrosen (Gruppen 8 und 13). Diese signifikanten Abweichungen von den Normdaten der Normalgruppe sind sowohl bei der altersabhängigen als auch bei der altersunabhängigen Varianzanalyse zu beobachten.

Dieser Umstand deutet darauf hin, daß Ärgerkontrolle, geringe Reizbarkeit und Konfliktlösungsfertigkeiten, die in dem Sekun-

därfaktor "Emotionale Kontrolle" zusammengefaßt sind, in ihrer Ausprägung von der Altersstruktur der Patienten nicht beeinflußt werden.

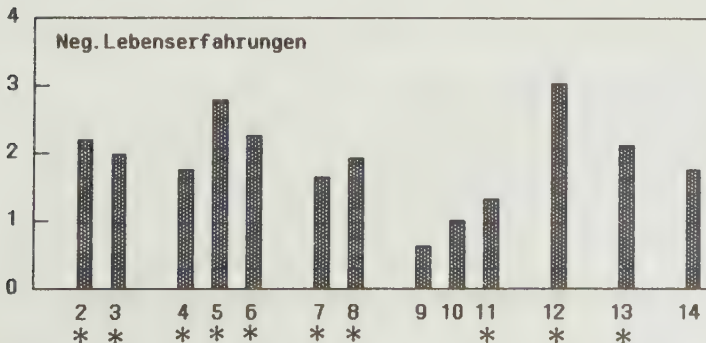
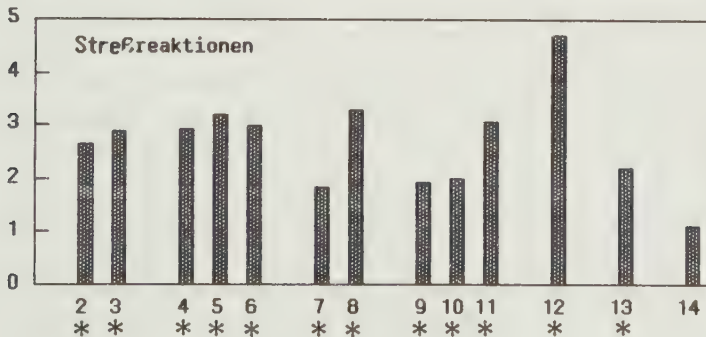
8.2. Varianzanalyse des "Streß"

Der Tertiärfaktor "Streß" umfaßt die Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen" (vgl. Abb. 9, sowie Anhang, Abb. 33, S. 300).

Abb. 9

Streß

(1 Normalgruppe)	6 Herz (HfB/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (HfB/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



(1) Streßreaktionen:

Die "Streßreaktionen" der Patientengruppe hoben sich bereits im Kontext der Faktorenanalysen stärker von anderen Primärfaktoren ab, als dies bei der Normalgruppe zu beobachten war (vg. Kap. 5.2.6.). Auch bei der Diskussion der Kriterien wurde deutlich, daß Streßreaktionen bei Patienten eine größere Eigendynamik entwickeln. So werden z.B. leistungsorientierte Zielstrukturen der Patienten durch Angst weniger tangiert als bei den Personen der Normalgruppe. Gleichzeitig treten jedoch bei den Patienten erhöhte Streßreaktionen auf.

Für alle untersuchten Patientengruppen zeigt die Varianzanalyse signifikante Abweichungen auf dem Sekundärfaktor "Streßreaktionen". Die Streßreaktionen der Patientengruppen liegen erheblich über dem Vergleichswert der Normalgruppe. Die höchsten Werte an Streßreaktionen sind bei Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung, in zweiter Linie bei Herzpatienten zu beobachten.

Auch die Hautpatienten, die auf allen Faktoren der "Erfolgsorientierung" unauffällig blieben, weisen signifikant erhöhte Streßreaktionen auf.

Bemerkenswert scheint auch die Tatsache zu sein, daß die Streßreaktionen bei fast allen Patientengruppen unabhängig von der Altersstruktur signifikant erhöht sind (vgl. Abb. 9

Lediglich die Streßreaktionen der Kreislaufpatienten (Gruppe 7) und der Psoriatiker (Gruppe 10) sind, wenn man das Alter als Kovariable mitberücksichtigt, hinsichtlich ihrer Ausprägungen nur tendenziell erhöht.

(2) Negative Lebenserfahrungen:

Das Faktorenbündel "Negativer Lebenserfahrungen", das Kummer und Sorgen, Schwierigkeiten im Leben, aber auch Resignation, Pessimismus und mangelnden Optimismus beschreibt, weist für nahezu alle untersuchten Patientengruppen signifikant erhöhte Werte auf. Ausnahmen bilden hier nur die getesteten Neurodermitiker und Psoriatiker.

Die altersbereinigte Varianzanalyse ergibt jedoch auch für die Neurodermitiker einen signifikant über dem Wert der Normalgruppe liegenden Grad an negativen Lebenserfahrungen. (vgl. Anhang, Abb. 33, S. 300).

Bei den meisten der anderen Patientengruppen sind die Ausprägungen der negativen Lebenserfahrungen altersunabhängig. Die höchsten Werte negativer Lebenserfahrungen erreichen wiederum die Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung und die Herzpatienten.

8.3. Varianzanalyse der "Zurückhaltung":

Der Tertiärfaktor "Zurückhaltung" umfaßt die Sekundärfaktoren "Soziales Desinteresse", "Soziale Inkompetenz" und "Konfliktvermeidung" (vgl. Abb.10, sowie Anhang, S. 301).

(1) Soziales Desinteresse:

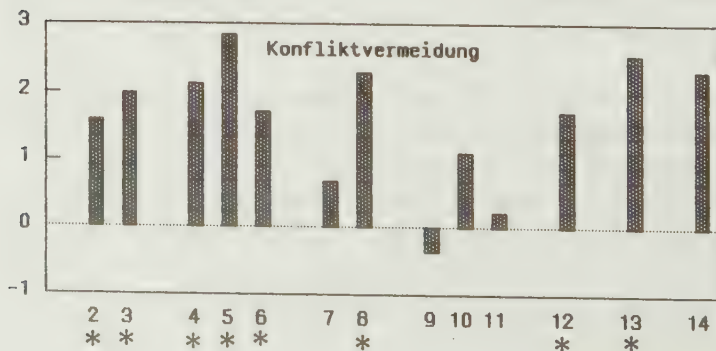
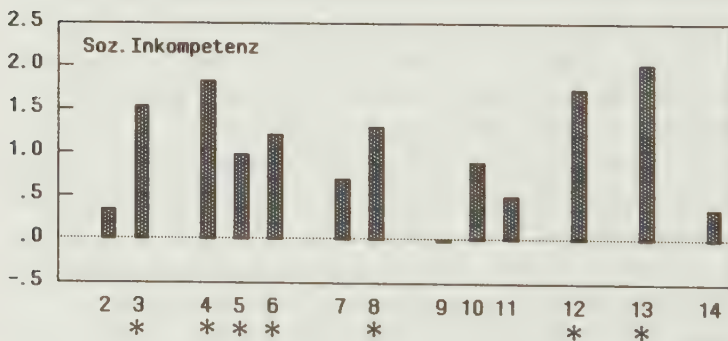
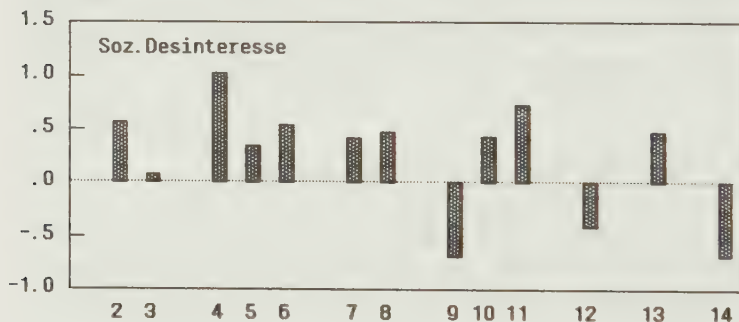
Berücksichtigt man die Kovariable "Alter" (s. Anhang Abb. 34) dann haben die Krebspatienten (Gruppen 2 und 3) die mehrfachbelasteten, durchschnittlich älteren Herzpatienten (Gruppen 5 und 6), die mehrfach belasteten Kreislaufpatienten (Gruppe 8) und die funktionell beeinträchtigten Patienten (Gruppe 12) signifikant reduzierte Ausprägungen an "Sozialem Desinteresse".

Dieses Ergebnis überrascht, weil aufgrund der Faktorenstruktur zu erwarten war, daß "Soziales Desinteresse" als isolierter Faktor für die Patienten eine größere Bedeutung einnimmt als für die Personen der Normalgruppe (vgl. Kap. 5.2.7.).

Auch im Kontext der Kriterien zeigen sich Korrelationen zum Sekundärfaktor "Soziales Desinteresse" nur bei den Personen der Normalgruppe (vgl. Kap. 7.4. und 7.6.). Dies wurde als weiterer Hinweis dafür gewertet, daß

Zurückhaltung

(1 Normalgruppe)	6 Herz (HfB/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (HfB/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



"Soziales Desinteresse" bei den Patienten eine von anderen Lebensbereichen abgekoppelte Kategorie darstellt, da sie zu diesen weder positive noch negative Zusammenhänge erkennen läßt.

Bei der Mehrzahl der Patientengruppen ist jedoch auf der altersbereinigten Basis eher ein vehement ausgeprägtes Interesse an geselligen Veranstaltungen, Parties usw. zu erkennen, die negative Ausprägung des sozialen Desinteresses ist im Sinne eines sozialen Interesses aufzufassen.

Dieses eher positive soziale Interesse korreliert bei den Patienten aber kaum mit anderen Faktoren oder Kriterien. Das deutet darauf hin, daß soziales Interesse bei den Patienten nicht an andere Lebens- bzw. Verhaltensbereiche geknüpft ist, sondern vielmehr mit anderen sozialen Anforderungen zu konkurrieren scheint. Der Faktor "Soziale Kompetenz" zielt ebenfalls auf die Beschreibung sozialer Interessen ab, wenngleich er inhaltlich anders gewichtet ist (vgl. Kap. 5.2.4.). Zwischen den "Sozialen Interessen" und den Anforderungen "Sozialer Kompetenz" tritt offenbar bei einigen Patientengruppen ein erhebliches Spannungsfeld zutage: Einem überhöhten sozialen Interesse steht eine reduzierte soziale Kompetenz gegenüber.

In ein Beispiel übersetzt könnte das etwa bedeuten, daß der Wunsch, z.B. ein Fest zu besuchen, durch Schüchternheit oder mangelnde Kontaktfähigkeit gehemmt wird.

In Relation zur Altersstruktur der Patientengruppen steigt der Grad "Sozialen Desinteresses" tendenziell über das Vergleichsniveau der Normalgruppe (s. Abb.10). Die höchsten Ausprägungen an "Sozialem Desinteresse"

lassen dabei die jüngeren Herzpatienten (ohne Mehrfachbelastung, Gruppe 4) und die mehrfachbelasteten Hautpatienten (Gruppe 11) erkennen. Das 5-%-Signifikanzniveau wird bei diesen Werten jedoch nicht ganz erreicht.

(2) Soziale Inkompetenz:

Der Sekundärfaktor "Soziale Inkompetenz" weist für alle Patientengruppen mit Ausnahme der Hautpatienten (Gruppen 9, 10 und 11) der weiblichen Krebspatienten (Gruppe 2) und der Kreislaufpatienten (Gruppe 7) signifikant erhöhte Ausprägungen gegenüber der Normalgruppe auf.

Es fällt auf, daß insbesondere die jüngeren Herzpatienten (Gruppe 4), die ein deutlich erhöhtes soziales Desinteresse erkennen ließen, neben den Patientengruppen mit psychovegetativen Erschöpfungen (Gruppe 12) und Arthrosen (Gruppe 13) die höchsten Werte an "Sozialer Inkompetenz" zeigen.

Dieser Befund ist bemerkenswert, weil diese Gruppen in unterschiedlichen Bereichen der "Erfolgsorientierung" auffällig wurden ("erhöhtes Erfolgsstreben" bei Herz- und Arthrosepatienten, bzw. reduzierte "Selbstbestimmung" bei funktionell beeinträchtigten Patienten). Die gleichzeitig hohe Werte "Sozialer Inkompetenz" sind aber nicht, wie die negativen Ausprägungen der "Sozialen Kompetenz" vom steigenden Alter der Patienten abhängig. Die signifikant hohen Werte "Sozialer Inkompetenz" weisen vielmehr altersunabhängig auf eine mangelnde Ausbildung sozialer Fertigkeiten hin (vgl. Abb. 10 sowie Anhang, Abb. 34).

Insbesondere bei den jüngeren Herzpatienten wird deutlich, daß die Sekundärfaktoren "Soziale Kompetenz" und "Soziale Inkompetenz" nicht das Gleiche mit bloß veränderten Vorzeichen messen.

Die Herzpatienten (ohne Mehrfachbelastung, Gruppe 4) zeigen zur "Sozialen Kompetenz" weder bei der altersbereinigten noch bei der altersabhängigen Varianzanalyse signifikante Abweichungen vom Normwert der Normalgruppe. Beide Varianzanalysen ergeben für diese Patientengruppe aber signifikant erhöhte Ausprägungen zum Sekundärfaktor "Soziale Inkompetenz".

Wenngleich die Sekundärfaktoren "Soziale Kompetenz" und "Soziale Inkompetenz" eine inhaltlich vergleichbare Strukturierung nahelegen, erfahren sie eine teilweise unterschiedliche Gewichtung bei der Beschreibung sozialer Verhaltensdimensionen. Die Ausbildung "Sozialer Kompetenz" scheint eher von Lernprozessen abhängig zu sein, die durch Anforderungen beruflicher oder familiärer Profilierung aufrecht erhalten werden. Ein krankheitsbedingter Wegfall dieser Anforderungen läßt einen rascheren Verlust an "Sozialer Kompetenz" erkennen als das bei der Normalgruppe der Fall ist.

"Soziale Inkompetenz" drückt demgegenüber vermutlich einen Mangel an sozialen Fertigkeiten aus, die im Bereich subjektiver Zielstrukturen und geringer Initiativefreudigkeit wurzeln.

Soweit sie nicht vom beruflich-familiären Anforderungsprofil überlagert werden, korrelieren mangelnde soziale Fertigkeiten vor allem bei den Patienten mit "Konfliktvermeidung" (.45) und "Sozialem Desinteresse" (.51; vgl. auch Kap. 7.2.).

(3) Konfliktvermeidung:

Der Bereich der "Konfliktvermeidung" weist für alle Patientengruppen mit Ausnahme der Kreislauf- (Gruppe 7) und der Hautpatienten (Gruppen 9,10 und 11) signifikant erhöhte Werte auf. Diese Ausprägungen sind großenteils von der Altersstruktur¹⁾ der Patientengruppen abhängig.

¹⁾ Der Faktor "Emotionale Zurückhaltung" (Anhang, S. 301) entspricht dem Faktor "Konfliktvermeidung".

Bei den Herz- und Arthrose-Patienten (Gruppen 5 und 13) sind die höchsten Grade an "Konfliktvermeidung" zu beobachten, die bei diesen Gruppen auch über die altersbereinigte Varianzanalyse hinweg signifikant sind (vgl. Anhang Abb.34). Auch die übrigen Herzpatienten (Gruppen 4 und 5) sowie die Kreislaufpatienten mit Arthrosen zeigen sehr hohe Ausprägungen des Faktors "Konfliktvermeidung" .

Die Patienten der Diagnosekategorien "Herz-" und "Skeletterkrankungen" lassen unter dem Faktor "Konfliktvermeidung" eine vergleichbare Tendenz erkennen. Ein ähnlicher Zusammenhang zwischen den Verhaltensausrägungen dieser beiden Diagnosekategorien wurde bereits unter den Faktoren der "Erfolgsorientierung" evident.

8.4. Zusammenfassung:

"Erfolgssstreben", "Besonnenheit", "Emotionale Kontrolle" und, bei den funktionell beeinträchtigten Patienten, "Selbstbestimmung" stellen eine von der Altersstruktur der untersuchten Personen unabhängige Verhaltensdimension zur Klassifizierung signifikanter Unterschiede zwischen Patienten und Normalpersonen dar.

"Soziale Kompetenz" nimmt sowohl bei den Personen der Normal- als auch der Patientengruppe mit zunehmendem Alter ab, bei den Patienten ist jedoch eine raschere Beschleunigung dieses Prozesses festzustellen als bei den Normalpersonen. Vermutlich ist dies auf eine durch die Krankheit mitbedingte soziale Unterforderung im beruflichen und familiären Leben zurückzuführen.

Auf den Skalen der Erfolgsorientierung werden insbesondere Herzpatienten und Patienten mit Skelettschädigung auffällig, darüber hinaus auch die Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung, die einen stark verminderten Grad an Selbstbestimmung aufweisen.

Alle Patientengruppen zeigen signifikant erhöhte Streßreaktionen und größtenteils auch verstärkt negative Lebenserfahrungen. Insgesamt weisen Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung und Herzpatienten die höchsten Streßbelastungen auf. Diese Ausprägungen sind unabhängig von der Altersstruktur der Patientengruppen.

Im Kontext zu den Sekundärfaktoren "Erfolgsstreben", "Besonnenheit" (Gruppen 8 und 13) und "Emotionale Kontrolle", aber auch zu den Sekundärfaktoren "Soziale Inkompetenz" und "Konfliktvermittlung" heben sich Herz- und Arthrosepatienten deutlicher als andere Patientengruppen vom Vergleichsniveau der Normalgruppe ab.

Die Ähnlichkeit abweichender Verhaltensprofile bei diesen beiden Diagnosegruppen könnte im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko einen Hinweis auf genetische Dispositionen implizieren. (Auch die Alters- und Geschlechtsstrukturen dieser Gruppen sind vergleichbar). Die altersunabhängigen Zielstrukturen ("Erfolgsstreben") der Herz- und Arthrosepatienten sind ähnlich, ebenso die Ausprägungen mangelnder sozialer Fertigkeiten ("Soziale Inkompetenz").

Aus der Perspektive des SCOPE-Faktorenprofils sind diese Patientengruppen kaum voneinander abgrenzbar, wenngleich sie sich von anderen Patientengruppen in der Dichte abweichender Verhaltensausprägungen abheben.

Dies könnte auf Diathese-Streß-Beziehungen¹⁾ schließen lassen, die bei gleichen Ziel- und Streßprofilen, aber unterschiedlichen genetischen Prädispositionen organisch verschiedenartige Erkrankungsrisiken nach sich ziehen.

¹⁾ Das Diathese-Streß-Modell versucht, eine Verbindung zwischen physiologisch-genetischen Prädispositionen (Diathese) und Lernfaktoren (Streß), die aus Umwelt- und Lebenserfahrungen resultieren, herzustellen. Mögliche Wechselwirkungen zwischen physiologischen und Lern-Faktoren stehen beim Erklärungsansatz dieses Modells im Vordergrund. (vgl. DAVISON/NEALE, 1979, S. 53 ff.)

9. Varianzanalysen der Kriterien

Die Kriterien "Typ-A", "Lebensqualität, -gewandtheit und -zufriedenheit" sowie "Beschwerden" und "Tablettenkonsum" wurden auf der Basis ihrer Summenwerte analog zu den Sekundärfaktoren einer Varianzanalyse unterzogen. Aufgrund der bei den Kriterien unterschiedlichen Itemstrukturen sind die Variationsbreiten möglicher Mittelwertunterschiede nicht identisch.

Die Summenwerte können bei den Kriterien "Typ A", "Lebensgewandtheit" und "Lebenszufriedenheit" zwischen den Werten 1 und 4 variieren, bei den Kriterien "Lebensqualität", "Beschwerden" und "Tablettenkonsum" zwischen den Werten 1 und 5 (vgl. Anhang, S. 307 ff.).

Auch die Angaben zu "Alkohol"- und "Nikotinkonsum" wurden einer nach Patientengruppen gegliederten Varianzanalyse unterzogen. Diese Analysen erbrachten jedoch keine auf dem 5-%-Niveau relevanten Aussagen über die Art einer Erkrankung und die Art oder Menge des durchschnittlich konsumierten Alkohols bzw. Nikotins. Lediglich die in Jahren gemessene Dauer des Nikotinkonsums erbrachte signifikante Unterschiede im Vergleich zur Normalgruppe. Die Ergebnisse zum Bereich "Alkohol- und Nikotinkonsum" sind in Kap. 10 zusammengefaßt.

Da die Kriterien-Summenwerte zur Variable "Alter" nur in geringem Umfang Korrelationen zeigen (vgl. "Beschwerden", "Tablettenkonsum", Kap. 7.5.), wurde eine parallele Varianzanalyse zur Kontrolle der Kovariable "Alter" in diesem Bereich nicht durchgeführt.

9.1. Das "Typ-A"-Verhalten

Die Diagnosegruppen der jüngeren Herzpatienten (Gruppen 4 und 5) sowie der Patienten mit Skelettschädigungen (Gruppen 8 und 13) deren Profilmuster bereits auf der Ebene der Sekundärfaktoren diskutiert wurden, zeigen signifikant erhöhte Ausprägungen des "Typ-A"-Summenwertes.

Krebs- und Kreislaufpatienten (Gruppe 7) bleiben unter diesem Kriterium unauffällig. Von den Hautpatienten weisen nur die Psoriatiker signifikant erhöhte Typ-A-Werte auf.

Die stärkste Abweichung des Typ-A-Wertes vom Vergleichsniveau der Normalgruppe ist bei den Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung zu beobachten.

Der Grad an Selbstbestimmung ist bei dieser Patientengruppe signifikant reduziert. Hingegen sind "Erfolgstreben" und "Besonnenheit" bei diesen Patienten nicht auffällig. Das ist bemerkenswert, weil die mit Erfolgs- oder Leistungstreben verbundenen Zielstrukturen bei den funktionell beeinträchtigten Patienten nicht erkennbar sind. Sie zeigen aber das gleiche Verhalten, das etwa bei den Herz- und Arthrosepatienten mit leistungsmotivierter Zielorientierung einhergeht.

Eine ähnliche Beziehung zwischen diesen Verhaltensdimensionen ist auch bei den Psoriatikern zu beobachten. Diese weisen jedoch im Gegensatz zu den Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung kaum erhöhte Werte auf den Faktoren der Bereiche "Streß" und "Zurückhaltung" auf.

9.2. "Typ-A"-Verhalten und SCOPE-Faktoren

Typ-A-Verhalten zeigen die Herz- und Arthrose-Patienten, die auch im Bereich der "Erfolgsorientierung" auffällig wurden. Der höchste Typ-A-Summenwert ist jedoch bei den Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung zu beobachten. Diese zeigen keine Erfolgs- oder Leistungsmotivation wie die Herz- oder Arthrosepatienten. Sie weisen vielmehr neben reduzierter Selbstbestimmung die höchsten Ausprägungen an Streßreaktionen und negativen Lebenserfahrungen auf, die zusätzlich mit einem hohen Grad an Typ-A-Verhalten einhergehen. (vgl. Abb. 11).

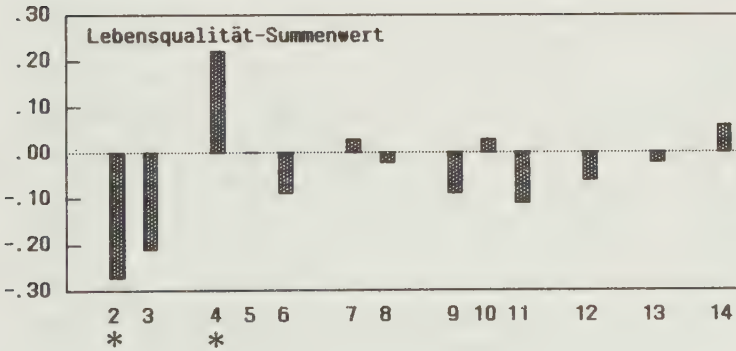
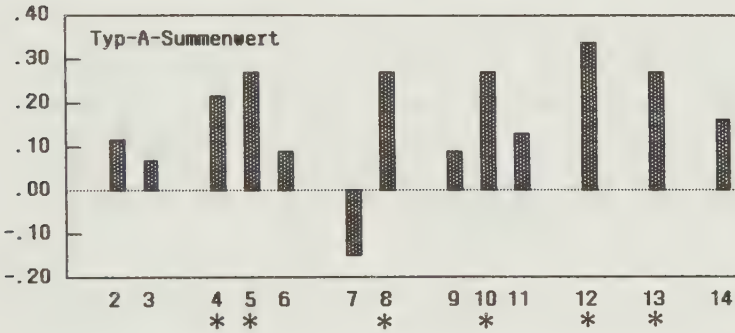
Der Typ-A-Summenwert kennzeichnet einen Verhaltensstil, zu dem bei den Herz- und Arthrose-Patienten entsprechende (z.B. ehrgeizige und leistungsorientierte) Verhaltensziele beobachtet werden. Bei den funktionell beeinträchtigten Patienten nimmt das Typ-A-Verhalten gewissermaßen eine "Leer"-Funktion ein, es prägt ohne den sonst erkennbaren Zielhintergrund das Verhalten dieser Patienten.

Die bisher aufgeführten Ergebnisse deuten an, daß die üblicherweise in der Literatur wiedergegebene "Typ-A-Diskussion" in ihrer Beschränkung auf Herzpatienten zu kurz greift.

Das "Typ-A-Verhalten" ist auf dem Hintergrund der SCOPE-Faktorenstruktur für die Gruppe der Patienten mit koronarer Herzerkrankung oder Myokardinfarkt charakteristisch. Insofern wird die Verhaltensklassifikation für diese Patientengruppe wesentlich bestätigt. Darüber hinaus weisen die SCOPE-Verhaltensprofile aber auch bei anderen Patientengruppen hohe Typ-A-Werte auf. Wie am Beispiel der Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung deutlich wurde, kann Typ-A-Verhalten in einem ganz anderen Kontext von Verhaltenszielen, Streß- und Copingreaktionen oder sozialen Fertigkeiten eingebunden sein, als dies bei den Herzpatienten

Typ-A/Lebensqualität

(1 Normalgruppe)	6 Herz (HfB/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (HfB/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



zu beobachten ist. Dennoch sind die Typ-A-Verhaltens-elemente bei beiden Gruppen gleichermaßen ausgeprägt.

Die SCOPE-Faktoren- und Kriterienstruktur ist geeignet, die Identifikation der unterschiedlichen Verhaltensdimensionen sowie die Darstellung ihrer wechselseitigen Beziehungen zu leisten.

Systemerklärende Eigenschaften der SCOPE-Faktorenstruktur zeigen sich des weiteren in der Möglichkeit, ähnliche Verhaltensprofile bei unterschiedlichen Patientengruppen zu erkennen und diese auch in Relation etwa zu soziodemographischen Variablen interpretieren zu können. Dies belegen die Datenanalysen der Herz-, Kreislauf- und Arthrose-Patienten.

9.3. Lebensqualität, Lebensgewandtheit und Lebenszufriedenheit

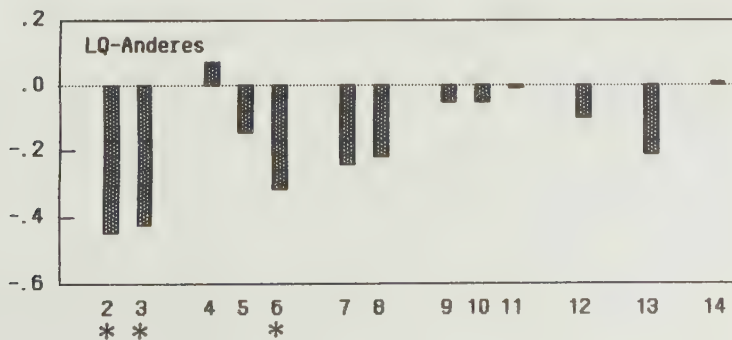
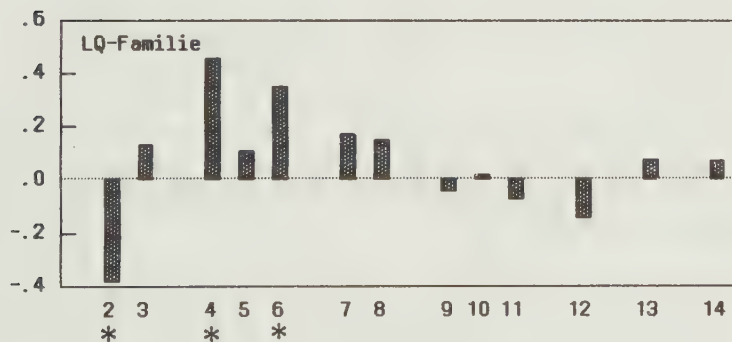
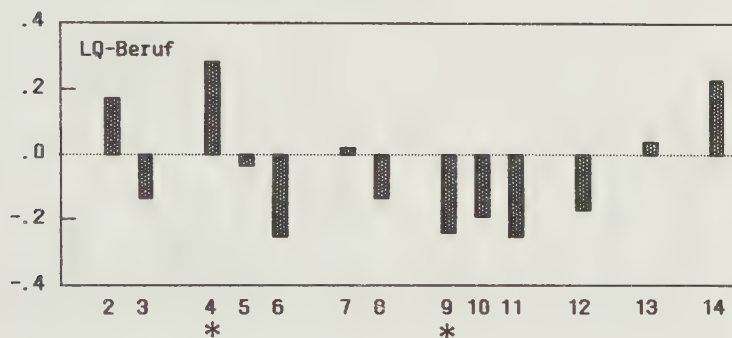
(1) Lebensqualität-Summenwert:

Zum Summenwert der "Lebensqualität" sind bei zwei Patientengruppen signifikante Abweichungen vom Normwert der Normalgruppe zu erkennen: Die Krebspatienten (Gruppe 2 mit überwiegend weiblichen Patienten) büßen einen hohen Anteil an Lebensqualität ein, die überwiegend männlichen Krebspatienten (Gruppe 3) deuten die gleiche Tendenz an. Im Vergleich zu allen untersuchten Diagnosegruppen haben Patienten mit einer Krebserkrankung den größten Verlust an Lebensqualität zu verzeichnen (vgl. Abb. 11).

Die Gruppe jüngerer, meist männlicher Herzpatienten (Gruppe 4) zeigt überraschenderweise einen signifikant überdurchschnittlichen Summenwert an Lebensqualität. Weiteren Aufschluß darüber bieten die Varianzanalysen der Lebensqualität, getrennt nach den Lebensbereichen "Beruf", "Familie" und "Freizeit" ("Anderes") (vgl. Abb. 12). Hier zeigt sich, daß die berufliche Lebensqualität bei den Krebspatienten keine bedeutsamen Schwankungen gegen-

Lebensqualität (LQ)

(1 Normalgruppe)	6 Herz (Hfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



über der Normalgruppe aufweist. Die familiäre Lebensqualität ist jedoch bei den weiblichen Krebspatienten signifikant gemindert, sowie bei beiden Krebspatientengruppen auch die Freizeitqualität.

Das bedeutet, daß die Krebspatienten die größten Einschränkungen der Lebensqualität vor allem im familiär-privaten Bereich hinnehmen müssen.

Herzpatienten zeigen erhöhte Werte an Lebensqualität vor allem im beruflichen und familiären Leben. Möglicherweise entfalten sie in beiden Bereichen großes Engagement, um "erfolgreich" zu sein.

Der Faktor "Erfolgsstreben" korreliert bei den Patienten sowohl mit der beruflichen (.27), wie auch mit der familiären und freizeitbezogenen Lebensqualität (je .21). Erfolge mögen dann im Sinne einer positiven Verstärkung wirken (vgl. SKINNER, 1974) und zu einer gegenüber der Normalgruppe erhöhten Einschätzung der Lebensqualität führen.

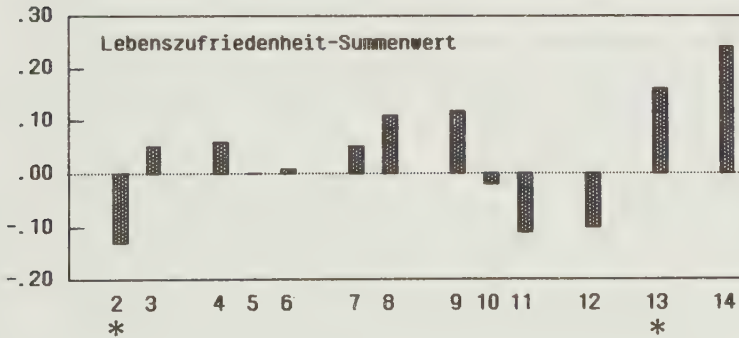
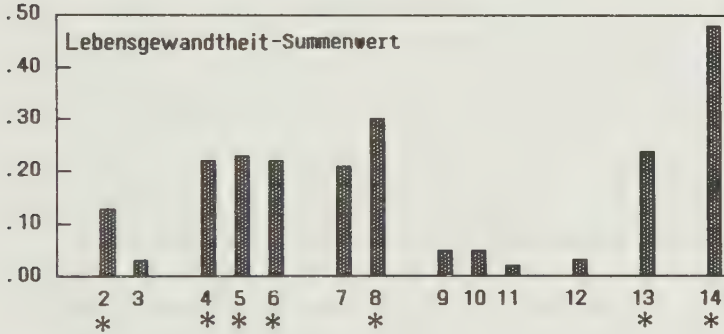
Mit zunehmendem Alter bzw. zunehmender Mehrfachbelastung durch Krankheiten sinkt die berufliche und freizeitbezogene Lebensqualität bei den Herzpatienten ab, da sie an diesen Lebensbereichen vermutlich nur noch in geringem Maße teilnehmen können.

(2) Lebensgewandtheit:

Das Kriterium "Lebensgewandtheit" wird bei zwei der untersuchten Diagnosegruppen signifikant auffällig: bei den Herzpatienten (Gruppen, 4, 5 und 6) sowie bei den Kreislauftpatienten mit Arthrosen (Gruppe 8) und bei den Arthrose-Patienten (Gruppe 13, vgl. Abb. 13). Die Verhaltensprofile der Herz- und Arthrose-Patienten waren bereits auf den Ebenen der "Erfolgsorientierung", der "Zurückhaltung" und des Typ-A-Verhaltens ähnlich.

Abb. 13

(1 Normalgruppe)	6 Herz (HfB/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (HfB/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



Die Patientengruppen dieser Symptomkomplexe zeigen darüber hinaus auch erhöhte Ausprägungen auf dem Summenwert der "Lebensgewandtheit".

Dieses Resultat ist in zweifacher Hinsicht diskussionswürdig:

- a) "Lebensgewandtheit" korreliert hoch mit den Sekundärfaktoren der "Erfolgsorientierung".
- b) Der Summenwert der "Lebensgewandtheit" reduziert bei den Patienten die Ausprägungen an "Streß", "Negativen Lebenserfahrungen" und "Sozialer Inkompetenz".
(vgl. Kap. 7.6.)

Aufgrund der hohen Korrelationen zwischen den Faktoren der "Lebensgewandtheit" und den SCOPE-Sekundärfaktoren der "Erfolgsorientierung" waren für die Herz- und Arthrose-Patienten hohe Ausprägungen des Lebensgewandtheits-Summenwertes zu erwarten.

Andererseits sollte ein hoher "Lebensgewandtheits"-Summenwert auf reduzierte Werte bei "Streß" und "Sozialer Inkompetenz" schließen lassen. Dieser Zusammenhang kann im SCOPE-Profilvergleich für die Herz- und Arthrose-Patienten nicht bestätigt werden.

Für die Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" und "Soziale Inkompetenz" zeigen die Herz- und Arthrose-Patienten die höchsten Abweichungen von den Werten der Normalpersonen.

Die negativen Korrelationen zwischen den Faktoren der "Lebensgewandtheit" und den Sekundärfaktoren "Streß" bzw. "Soziale Inkompetenz" scheinen eher aus den Daten der anderen Patientengruppen zu resultieren. Die Herz- und Arthrose-Patienten zeigen auf beiden Ebenen die nahezu höchsten Ausprägungen. Eine geringe, signifikant erhöhte Ausprägung der "Lebensgewandtheit" ist auch bei den weiblichen Krebspatienten (Gruppe 2) zu beobachten.

(3) Lebenszufriedenheit:

Die "Lebenszufriedenheit" ist bei weiblichen Krebspatienten (Gruppe 2) signifikant eingeschränkt. Patienten mit Skeletterkrankungen (Gruppe 13, tendenziell auch Kreislaufpatienten mit Arthrose, Gruppe 8) weisen zum Kriterium "Lebenszufriedenheit" signifikant positive Tendenzen auf, möglicherweise ist dies, wie bei dem Kriterium "Lebensqualität", durch vermehrte Zufriedenheit aufgrund beruflicher Erfolge mitbedingt. (vgl. Abb. 13).

Zusammenfassung:

Die Analyse der "Lebensqualität" zeigt, daß Krebspatienten insbesondere im familiär-privaten Bereich große Einschränkungen der Lebensqualität hinnehmen müssen. Herzpatienten knüpfen nicht nur an das berufliche, sondern auch an das familiäre Leben einen gewissen Erfolgsanspruch, der sich positiv in erhöhter Lebensqualität niederschlägt.

Bei den Herz- und Arthrose-Patienten, die vor allem auf den Faktoren der "Erfolgsorientierung" und des "Typ-A-Verhaltens" signifikant hohe Werte zeigten, sind auch signifikant erhöhte Werte der "Lebensgewandtheit" zu beobachten.

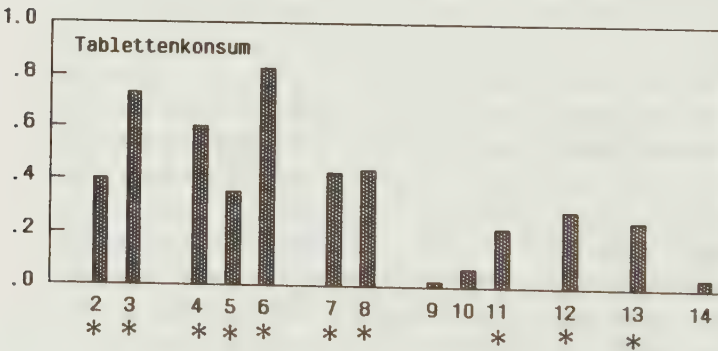
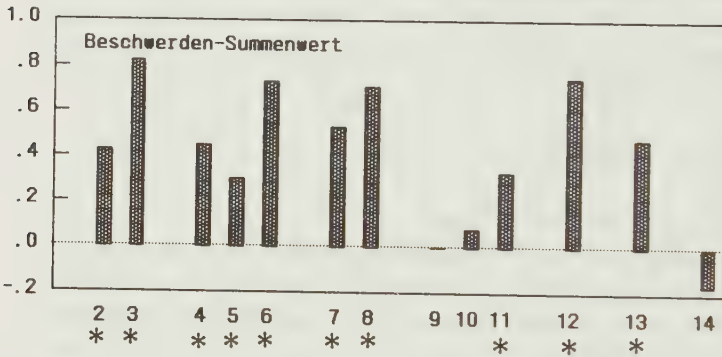
Dennoch ist gerade bei diesen Patientengruppen ein ausgeprägtes Spannungsgefälle zwischen allen mit "Erfolgstreben" korrelierenden Bereichen (Typ-A, Lebensgewandtheit) einerseits und mangelhaften sozialen Fertigkeiten (soziale Inkompetenz) andererseits zu beobachten.

9.4. Beschwerden und Tablettenkonsum:

Die Verteilung der signifikant erhöhten Ausprägungen ist bei den untersuchten Patientengruppen für die Kriterien "Beschwerden" und "Tablettenkonsum" identisch. Mit Ausnahme der Neurodermitiker und Psoriatiker heben sich alle Patientengruppen überzufällig vom Vergleichsniveau

Abb. 14

(1 Morbidge)	6 Herz (HfB/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (HfB/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



der Normalgruppe ab. (vgl. Abb. 14). Die höchsten "Beschwerden"-Summenwerte weisen die mehrfachbelasteten Krebs- und Herzpatienten (Gruppen 3 und 6) sowie die Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung (Gruppe 12) auf. Auch beim "Tablettenkonsum" haben mehrfach belastete Krebs- und Herzpatienten den höchsten Bedarf. Kreislaufpatienten (Gruppe 7), die unter den anderen Sekundärfaktoren und Kriterien kaum auffällig wurden, zeigen ein deutlich erhöhtes Niveau an Beschwerden sowie an Tablettenkonsum. Der Mehrverbrauch von Medikamenten ist auch bei den Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung signifikant, er fällt jedoch geringer aus als dies bei den Krebs- und Herzpatienten zu beobachten ist.

9.5. Alkohol- und Nikotinkonsum

Die Fragen zum Alkoholkonsum sind in vier Fragebereiche gegliedert:

- (1) Ob die untersuchte Person Alkohol trinkt
- (2) wie häufig und
- (3) in welchen Mengen sie Alkohol trinkt
- (4) wie oft eine bestimmte Menge an Alkoholkonsum überschritten wird (vgl. Anhang, S. 311)

Die Fragen zum Nikotinkonsum folgen einem ähnlichen Schema:

- (1) Ob die untersuchte Person raucht und, wenn ja
- (2) welche Mengen sie raucht
- (3) seit wievielen Jahren sie ohne Unterbrechung raucht
- (4) wieviele ernsthafte Aufhörversuche stattfanden
- (5) ob im Falle des Nichtrauchens früher regelmäßig geraucht wurde (vgl. Anhang, S. 311)

Alkohol- und Nikotinkonsum weisen nur wenige signifikante Korrelationen mit den SCOPE-Sekundärfaktoren oder den Kriterien auf.

Auch die Varianzanalyse des Alkohol- und Nikotinkonsums zeigte im Vergleich zur Normalgruppe in Abhängigkeit von den einzelnen Patientengruppen kaum auffällige Zusammenhänge auf dem 5-%-Signifikanzniveau.

"Rauchen" und "Trinken" korrelieren zwar signifikant, die Ausprägung dieser Beziehung ist jedoch mit .18 (Gesamtstichprobe) sehr gering.

(1) Alkoholkonsum:

Korrelationskoeffizienten größer .20 wurden nur in Bezug zur Art des konsumierten Alkohols, nicht zur getrunkenen Gesamtmenge gefunden.

Alkoholkonsum ¹

	Alkohol.	
Normalpersonen	170	<u>83.3</u>
Patienten insges.	384	<u>69.3</u>
Krebs	76	<u>70.4</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	10	66.7
Herz (Infarkt/KHK)	29	<u>65.9</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	43	<u>63.8</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	23	<u>60.5</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	9	<u>56.3</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	34	<u>66.7</u>
Skeletterkrankungen	26	70.3
Neurodermitis	48	<u>78.7</u>
Psoriasis	16	<u>88.9</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	14	70.0
Vegetative Erschöpfung	34	64.2
Stoffwechselstörungen	5	<u>83.3</u>
Andere Diagnosen	17	<u>70.8</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

¹ Die Daten geben den Anteil der Personen wieder, die Alkohol konsumieren bzw. konsumierten, ohne dabei die täglich oder wöchentlich verbrauchten Mengen zu berücksichtigen.

Mit dem Sekundärfaktor "Erfolgstreben" korreliert auf der Basis der Gesamtstichprobe der Verbrauch von Wein und Sekt positiv (.21). "Harte" Getränke (Spirituosen) weisen einen positiven Zusammenhang zu den Sekundärfaktoren "Streßreaktionen" (.26) und "Konfliktvermeidung" (.41) sowie zu dem "Beschwerden"-Faktor "Innere Organe" (.33) auf.

Die Korrelation von Wein- und Sektkonsum mit "Erfolgstreben" mag durch den Brauch begründet sein, errungene Erfolge mit entsprechenden Getränken zu feiern. Der Mehrverbrauch von Spirituosen scheint hingegen mit Verhaltensweisen einherzugehen, die das Sozialverhalten von Alkoholikern zumindest im Stadium der präalkoholischen Phase beschreiben (vgl. DAVISON/NEALE, 1979, S. 250 ff.)

Die Häufigkeitsverteilungen zum Alkoholkonsum zeigen, daß Alkohol von der Mehrzahl aller untersuchten Personen getrunken wird. Die Menge des verbrauchten Alkohols ist dabei nicht berücksichtigt.

Vonden Normalpersonen trinken 83,3 % Alkohol, bei den Patienten liegt dieser Anteil bei 69,3 %. (vgl. Tab. 33) Am meisten verbreitet ist der Alkoholkonsum unter den untersuchten Psoriatikern mit einem Anteil von 88,9%. Den geringsten Wert mit 56,3 % zeigen Kreislaufpatienten, gefolgt von den Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung (64,2%).

- (2) Zwischen dem Nikotinkonsum und den SCOPE -Sekundärfaktoren sind keine signifikanten Korrelationen größer .20 zu beobachten. Geringe Tendenzen zeigen sich auf dem 5-%-Signifikanzniveau nur zu den Fragen "Rauchen Sie"? und "Haben Sie früher regelmäßig geraucht"? Rauchen korreliert negativ mit sozialer Kompetenz (-.11), früheres regelmäßiges Rauchen deutet zum Zeitpunkt der Untersuchung auf reduzierte Werte der "Emotionalen Kontrolle" (-.11) und der "Konfliktvermeidung" (-.13) hin.

2

Nikotinkonsum

	Rauchen		ob früher geraucht	
Normalpersonen	88	<u>43.3</u>	51	<u>41.5</u>
Patienten insges.	143	<u>25.1</u>	213	<u>59.8</u>
Krebs	17	<u>15.0</u>	31	<u>49.2</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	5	<u>29.4</u>	9	<u>90.0</u>
Herz (Infarkt/KHK)	6	<u>13.6</u>	29	<u>90.6</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	12	<u>18.5</u>	44	<u>83.0</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	4	<u>10.8</u>	10	<u>52.6</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	4	<u>23.5</u>	7	<u>70.0</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	23	<u>44.2</u>	14	<u>48.3</u>
Skeletterkrankungen	13	<u>33.3</u>	19	<u>55.9</u>
Neurodermitis	14	<u>23.0</u>	14	<u>35.9</u>
Psoriasis	11	<u>61.1</u>	6	<u>54.5</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	7	<u>33.3</u>	3	<u>30.0</u>
Vegetative Erschöpfung	17	<u>30.4</u>	15	<u>51.7</u>
Stoffwechselstörungen	2	<u>33.3</u>	3	<u>75.0</u>
Andere Diagnosen	8	<u>33.3</u>	9	<u>69.2</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitesverteilungen innerhalb einer Zeile.

2) Die Daten geben den Anteil der Personen wieder, die Nikotin konsumieren bzw. konsumierten ohne dabei die täglich oder wöchentlich verbrauchten Mengen zu berücksichtigen.

Nikotinkonsum ³Anzahl der Aufhörversuche

	Anzahl der Aufhörversuche		
	Median	$\bar{x}$	SD
Normalpersonen	2	<u>2.10</u>	1.02
Patienten insges.	2	<u>1.85</u>	0.86
Krebs	2	<u>2.02</u>	0.91
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	2.00	0.85
Herz (Infarkt/KHK)	1	<u>1.55</u>	0.69
Herz (Mehrfachbelast.)	1	<u>1.60</u>	0.75
Herz (Mfb/Arthrosen)	2	<u>1.68</u>	0.78
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	1.5	<u>1.60</u>	0.70
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	2	<u>2.18</u>	0.97
Skeletterkrankungen	1.5	1.61	0.74
Neurodermitis	2	<u>2.04</u>	0.90
Psoriasis	2	<u>2.00</u>	1.03
Hauterkrankungen (Mfb)	2	1.81	0.83
Vegetative Erschöpfung	2	1.64	0.72
Stoffwechselstörungen	2	<u>1.80</u>	0.45
Andere Diagnosen	2	<u>1.88</u>	0.93

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

³ Die Daten geben den Anteil der Personen wieder, die Nikotin konsumieren bzw. konsumierten ohne dabei die täglich oder wöchentlich verbrauchten Mengen zu berücksichtigen.

Die Häufigkeitsverteilungen zeigen, daß sich zum Zeitpunkt der Untersuchung 43,3 % der Normalpersonen als Raucher einstufen, der Anteil regelmäßigen früheren Rauchens liegt bei 41,4 %. (vgl. Tab. 34)

Die Patienten haben ihre Rauchgewohnheiten offenbar drastisch eingeschränkt. Nur 25,1 % der Patienten rechnen sich weiterhin zu den Rauchern, während der Anteil früherer Raucher in dieser Gruppe bei 59,8 % liegt. Die größten Unterschiede sind bei den Krebs- und Herzpatienten zu beobachten.

Während früher von den mehrfachbelasteten Krebspatienten (Gruppe 3) 90,0 % und von den jüngeren Herzpatienten (Gruppe 4) 90,6 % rauchten, ist der Anteil der Raucher in diesen Gruppen auf 29,4 % bzw. 13,6 % geschrumpft.

Die meisten Normalpersonen sowie die meisten Patienten haben zwei ernsthafte Versuche hinter sich, das Rauchen aufzugeben (vgl. Medianwerte, Tab. 35)

Die Herzpatienten (Gruppen 4 und 5) weichen von dieser Verteilung ab, sie haben in der Mehrzahl nur einmal versucht, das Rauchen zu beenden.

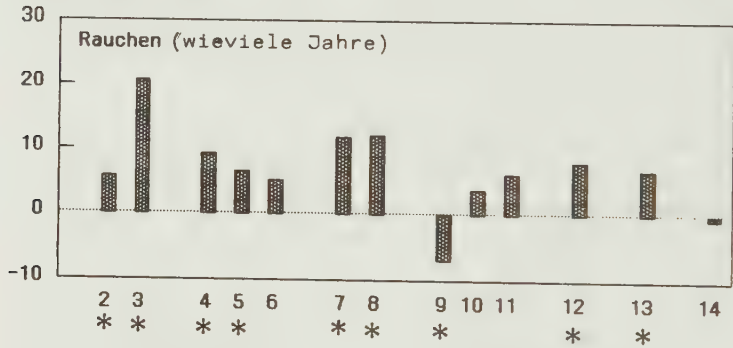
Kreislauf- und Arthrose-Patienten weisen je einen durchschnittlichen Median von 1,5 Aufhörversuchen auf.

Die Varianzanalyse darüber, seit wievielen Jahren die Patienten der einzelnen Diagnosegruppen im Vergleich zu den Personen der Normalgruppe rauchen, zeigt zahlreiche signifikante Unterschiede. Die untersuchten Personen der Normalgruppe rauchen durchschnittlich seit etwa 13 Jahren, die männlichen Krebspatienten (Gruppe 3) seit nahezu 34 Jahren. Die Dauer des Rauchkonsums geht offensichtlich mit dem Alter der Patientengruppen als auch mit der Geschlechtsverteilung einher. (vgl. Abb. 15)

Die Gruppen mit einem größeren Anteil männlicher Patienten zeigen mehr durchschnittliche Raucherjahre (z.B. Gruppe 4 der Herzpatienten) als die Patientengruppen, in denen der Anteil der Frauen überwiegt.

Abb. 15

(1 Normalgruppe)	6 Herz (Hfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelastung)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelastung)	8 Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelastung)	10 Psoriasis	



10. SCOPE-Profile der Patientengruppe

Die Varianzanalysen der SCOPE-Sekundärfaktoren wiesen bei den Patientengruppen auf eine Reihe signifikanter Unterschiede im Vergleich zu den Faktorenausprägungen der Normalgruppe hin.

Die wechselseitigen Beziehungen solcher signifikanter Unterschiede wurden bei einzelnen Diagnosegruppen bereits diskutiert. Um das Abstraktionsniveau zu reduzieren, das den Sekundärfaktoren zugrunde liegt, und auf diese Weise detailliertere Informationen zu den Verhaltensaussprägungen der Patienten zu gewinnen, wurden auf der Ebene der SCOPE-Primärfaktoren Stanine-Profile¹⁾ erstellt..

Der mittlere Wertebereich der Normalgruppe entspricht der Fläche zwischen den Stanine-Werten 4,0 und 6,0. Diese Fläche ist in den Abbildungen 16 bis 30 jeweils durch Grauschraffur hervorgehoben. Werte innerhalb dieses Bereiches entsprechen dem mittleren 52-%-Abschnitt der Werteverteilung bei der Normalgruppe. (vgl. Abb. 16) Abweichungen, die unterhalb von 4,0 oder überhalb von 6,0 liegen, sind im Sinne einer extremen Werteverteilung gegenüber den Daten der Normalgruppe diskussionswürdig.

Die Werte der Primärfaktoren sind von der übergeordneten Struktur der Faktorenhierarchie unabhängig. Sie wurden jedoch analog zum Gliederungssystem der Tertiär- und Sekundärfaktoren angeordnet, um eine schnellere Übersicht beim Vergleich der Verhaltensaussprägungen einzelner Patientengruppen zu ermöglichen.

Für alle Patientengruppen wurden die Stanine-Werte nach den Bereichen "Erfolgsorientierung", "Streß" und "Zurückhaltung" geordnet, und innerhalb dieser in der Reihenfolge der beschriebenen Sekundärfaktoren aufgelistet.

1) Bei Stanine-Skalen werden die Normalverteilungen ausgehend vom Mittelwert längs der Horizontalen in neun gleich große Abschnitte gegliedert. Der mittlere Stanine-Abschnitt umfaßt eine halbe Standardabweichung der Standardnormalverteilung (vgl. SCHULTZ, 1980, S. 67 ff.).

10.1. Krebspatienten

Die Stichprobe der Krebspatienten wurde aufgrund der beobachteten Mehrfachbelastungen in zwei Untergruppen gegliedert. Dabei zeigte sich, daß die Krebspatienten ohne Mehrfachbelastung überwiegend weiblich sind, während bei den untersuchten Männern häufiger als bei den Frauen zusätzliche gesundheitliche Komplikationen auftraten.

(1) Erfolgsorientierung:

Die Stanine-Werte für Primärfaktoren der "Erfolgsorientierung" lassen für die Krebspatienten ohne Mehrfachbelastung keine auffälligen Werte erkennen, abgesehen von einer geringfügig erhöhten Ausprägung der "Gewissenhaftigkeit" (vgl. Abb. 16). Im Gegensatz zu den mehr weiblichen Patienten der Diagnosegruppe 2 zeigen die mehrfachbelasteten, meist männlichen Krebspatienten (Gruppe 3) deutliche Einschränkungen im Bereich der "Sozialen Kompetenz". "Gesprächigkeit", "Faszinationskraft" und "Geselligkeit" sind bei dieser Gruppe reduziert, ebenso der Primärfaktor "Sicheres Auftreten". "Kontaktfreude" und "Gesprächsbereitschaft" sind keineswegs eingeschränkt, der Wunsch nach Geselligkeit scheint bei diesen Patienten noch ausgeprägt zu sein. Doch diejenigen Primärfaktoren, die eher auf eine Realisierung sozialer Kontakte hinweisen, lassen einen deutlichen Verlust an sozialer Kompetenz erkennen.

(2) Streß:

Die Stanine-Profile zum Tertiärbereich "Streß" sehen für beide "Krebs"-Diagnosegruppen ähnlich aus. (vgl. Abb. 17).

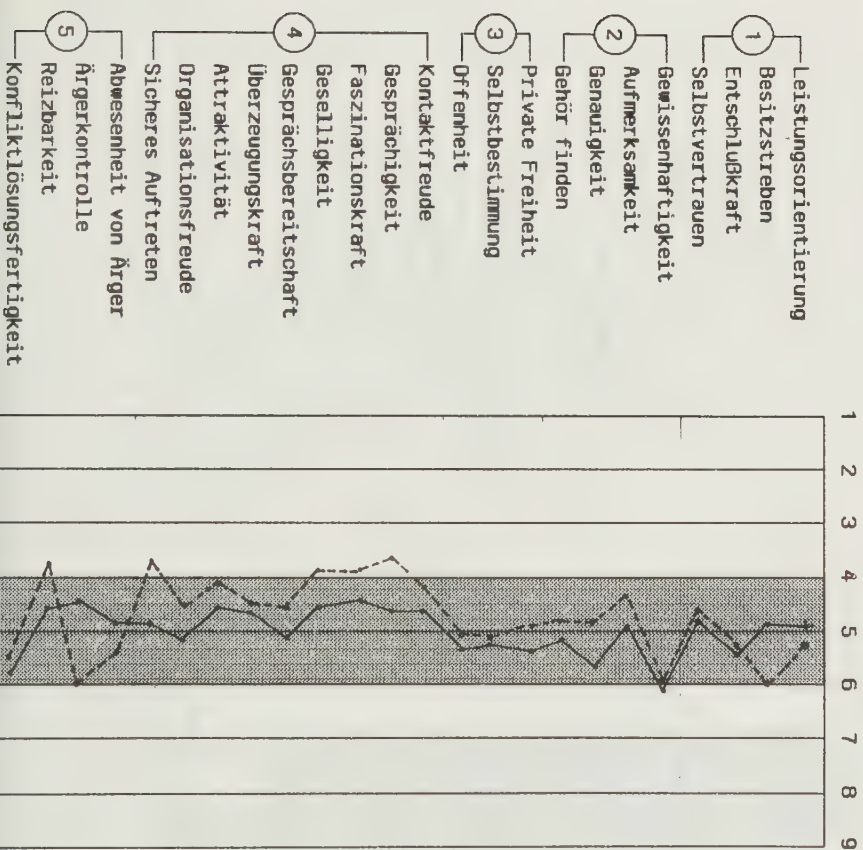
Auffallend hoch ist bei beiden Gruppen der Grad an Erschöpfung. Aber auch Schlafstörungen und muskuläre Verkrampfungen liegen bei beiden Gruppen über dem Normbereich. Bei den überwiegend männlichen Patienten der Gruppe mit Mehrfachbelastungen kommen deutliche Leistungseinschränkungen hinzu.

Erfolgsorientierung

Stanine-Werte:

Krebs —————

Krebs (Hfb.) - - - - -



Streß

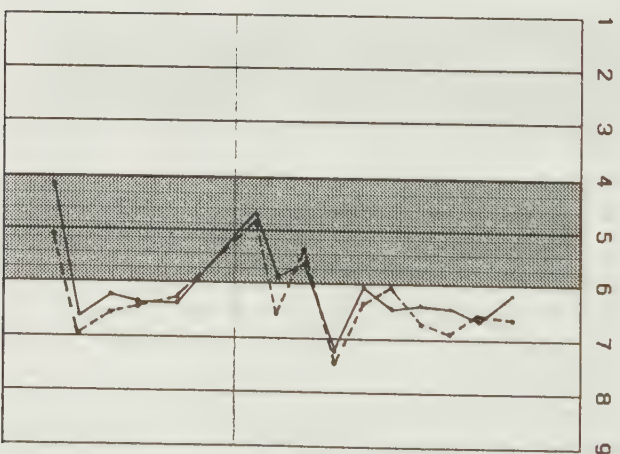
Stanine-Werte:

Streibreaktionen

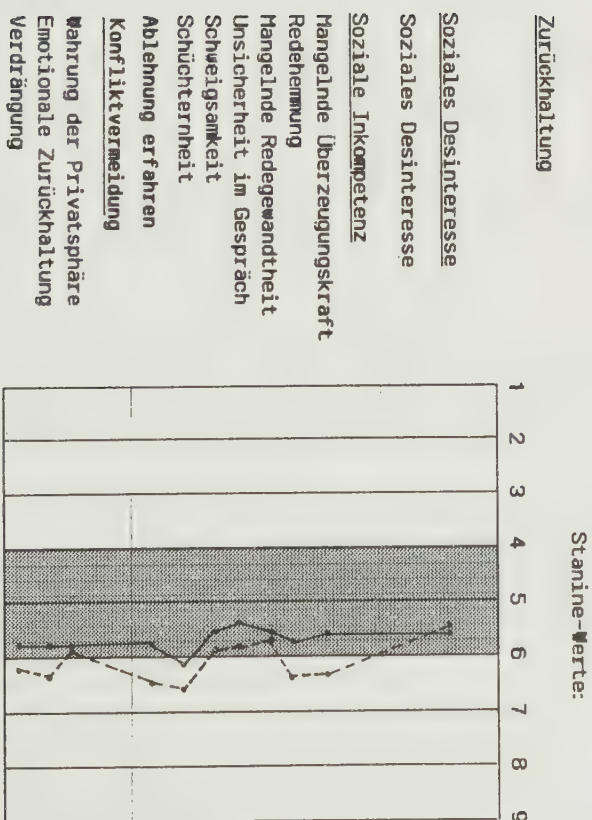
Morgemüdigkeit
 Schlafstörungen
 Nicht abschalten können
 Muskelverspannung
 Seelische Belastung
 Psychisch bedingte Beschwerden
 Erschöpfung
 Arbeitsbelastung
 Leistungseinschränkung
 Entspannungsfähigkeit

Negative Lebenserfahrung

Pessimismus
 Kummer und Sorgen
 Schwierigkeiten
 Resignation
 Optimismus



Krebs
Krebs (Mfb.)



Die Primärfaktoren im Bereich "Negative Lebenserfahrungen" zeigen ebenfalls für beide Gruppen von Krebspatienten erhöhte Werte. Vor allem die "Resignation" scheint hier einen Großteil der Belastung mitzuverursachen. Nur der Optimismus, den diese Patienten äußern, ist nicht schlechter als bei den Personen der Normalgruppe.

(3) Zurückhaltung:

Auch im Bereich der "Zurückhaltung" zeigen die mehrfach-belasteten Krebspatienten auf mehreren Faktoren höhere Ausprägungen als die im Normalbereich liegenden Krebspatienten der Gruppe 2 (vgl. Abb. 18).

"Mangelnde Überzeugungskraft", "Redehemmung", "Schüchternheit" und "Ablehnung erfahren" sind auf der Ebene der "Sozialen Inkompetenz" die Belastungsschwerpunkte, hinzu kommen erhöhte "Emotionale Zurückhaltung" und "Verdrängung".

10.2. Herzpatienten

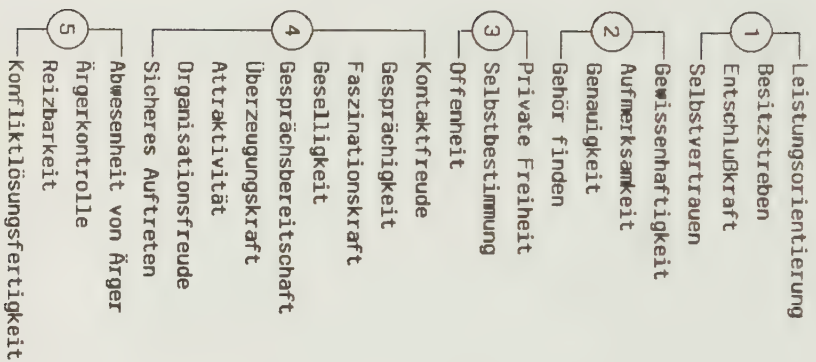
Die Gruppen der Herzpatienten wurden, nach dem Grad der Mehrfachbelastung, in drei Subgruppen untergliedert. Herzpatienten ohne Mehrfachbelastung sind meist männlichen Geschlechts. Mit dem Grad der Mehrfachbelastung steigt sowohl der Anteil an Frauen als auch das Durchschnittsalter der Gruppen.

(1) Erfolgsorientierung:

Ein erster Überblick der zum Tertiärfaktor "Erfolgsorientierung" zeigt für die Gruppen 4 und 5 einen ähnlichen Verlauf der Stanine-Profillinien, die Gruppe 6 hebt sich von diesen eher ab (vgl. Abb. 19).

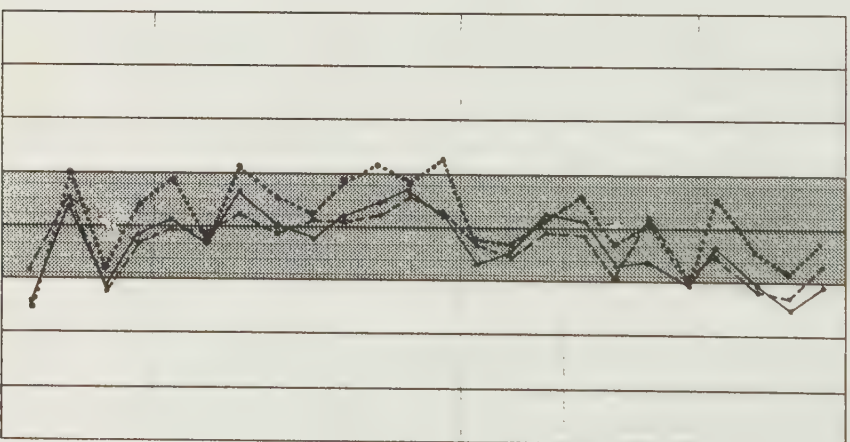
Vor allem bei den Jüngsten unter den Herzpatienten, meist Männer mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren, sind erhöhte Stanine-Werte zu den Primärfaktoren "Leistungsorientierung" und "Besitzstreben" zu beobachten, die "Entschlußkraft" liegt deutlich im oberen Normbereich oder noch darüber. Auch die "Gewissenhaftigkeit" scheint bei dieser Gruppe ausgeprägt zu sein, ebenso die Fähigkeiten zur Ärgerkontrolle und zum Lösen von Konflikten.

Bei einem hohen Grad der Mehrfachbelastung (Gruppe 6), die vor allem ältere Herzpatienten betrifft, sind keine vergleichbar hohen Ausprägungen der "Erfolgsorientierung" zu erkennen. Insbesondere Zielstrukturen wie "Leistungsorientierung" oder "Besitzstreben" sind gegenüber den anderen Herzpatienten reduziert und liegen im Normbereich. Die "Gewissenhaftigkeit" ist bei diesen Patienten jedoch genau so deutlich ausgeprägt. Das läßt darauf schließen, daß bei dieser Patientengruppe die Handlungsziele zwar zurückgenommen wurden, daß aber die Handlungsgewohnheiten (z.B. gewissenhaftes Arbeiten) alters- bzw. belastungsunabhängig beibehalten werden.

Erfolgsorientierung

Stanine-Werte:

1 2 3 4 5 6 7 8 9



Herz

Herz (Hfb.)

Herz (Hfb./Arthr.)

1 Erfolgsstreben

2 Besonnenheit

3 Selbstbestimmung

4 Soziale Kompetenz

5 Emotionale Kontrolle

Herz
 Herz (HfB.)
 Herz (HfB./Arthr.)

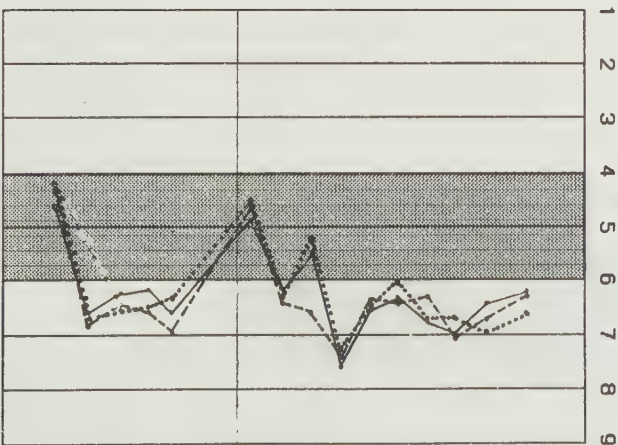


Streß

Stanine-Werte:

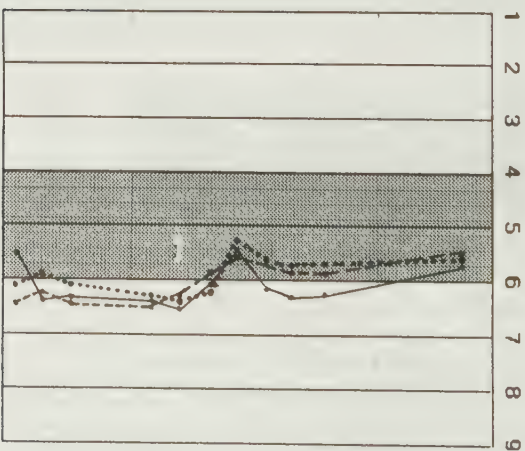
Streßreaktionen

- Morgenmüdigkeit
- Schlafstörungen
- Nicht abschalten können
- Muskelverspannung
- Seelische Belastung
- Psychisch bedingte Beschwerden
- Erschöpfung
- Arbeitsbelastung
- Leistungseinschränkung
- Entspannungsfähigkeit
- Negative Lebenserfahrung
- Pessimismus
- Kummer und Sorgen
- Schwierigkeiten
- Resignation
- Optimismus



Herz
 Herz (HfB.)
 Herz (HfB./Arthr.)

Stamne-Werte:



Zurückhaltung

Soziales Desinteresse

Soziales Desinteresse

Soziale Inkompetenz

Mangelnde Überzeugungskraft
 Redehemmung

Mangelnde Redegewandtheit

Unsicherheit im Gespräch

Schweigsamkeit

Schüchternheit

Ablehnung erfahren

Konfliktvermeidung

Wahrung der Privatsphäre

Emotionale Zurückhaltung

Verdrängung

Die soziale Kompetenz dieser mehrfachbelasteten Herzpatienten ist jedoch reduziert, vor allem in den Bereichen "Kontaktfreude", "Faszinationskraft" und "Attraktivität".

Die jüngeren Herzpatienten lassen einen solchen Verlust an sozialer Kompetenz noch nicht erkennen.

Interessanterweise ist die "Gesprächsbereitschaft" durchaus im normalen Umfang vorhanden. Die "Gesprächsbereitschaft" kennzeichnet jedoch eher passives Verhalten, während die "Kontaktfreude" als aktives soziales Element (auf andere Personen zugehen) reduziert ist.

Dieser Umstand ist aber auch in Relation zum Krankheitsbild zu sehen, das bei dem vorliegenden Grad an Mehrfachbelastungen die persönliche Mobilität und damit die Initiative-möglichkeiten der Patienten erheblich einschränken dürfte.

(2) Streß:

Das Bild der Stanine-Profillinien zum Tertiärbereich "Streß" ist für alle drei Gruppen der Herzpatienten ähnlich. (vgl. Abb. 20)

Die Herzpatienten zeigen, wie die Krebspatienten, sehr hohe Werte an Erschöpfung auf. Auch Schlafprobleme, Muskelverkrampfungen, seelische Belastungen und Leistungseinschränkungen deuten auf einen ausgedehnten Bereich unterschiedlicher Streßreaktionen. Daneben sind es vor allem Pessimismus, Sorgen bereitende Schwierigkeiten im Leben und Resignation, die das Wohlbefinden dieser Patienten herabsetzen.

Schon bei den Krebspatienten konnte beobachtet werden, daß die Faktorenausprägungen für "Entspannungsfähigkeit" im Normalbereich, diejenigen für "Nicht abschalten können" hingegen im Extrembereich liegen. Bei den Herzpatienten ist in diesem Zusammenhang die gleiche Ergebniskonstellation festzustellen.

Das zeigt, daß bei gleicher Thematik die Beschreibungen von positiven oder negativen Verhaltensweisen unterschiedlich gewichtet werden und nicht nur eine Veränderung ihrer Vorzeichen erfahren.

(3) Zurückhaltung:

"Soziale Inkompetenz" kommt vor allem bei den jüngeren, männlichen Herzpatienten zum Ausdruck, sowohl im Hinblick auf "Mangelnde Überzeugungskraft", "Redehemmung", "Mangelnde Redegewandtheit" und "Schweigsamkeit". Die älteren Herzpatienten scheinen hierin weniger Probleme zu haben. Allerdings zeigen sie wie die anderen Herzpatienten erhöhte Werte unter den Faktoren "Schüchternheit" und "Ablehnung erfahren". Auch die Primärfaktoren der "Konfliktvermeidung", vor allem "Wahrung der Privatsphäre" und "Emotionale Zurückhaltung" sind bei jüngeren Herzpatienten stärker ausgeprägt als bei älteren.

Das Spannungsverhältnis, das bei den Herzpatienten auf der Ebene der Primärfaktoren zwischen hohem Leistungs- und Besitzanspruch sowie mangelhafter rhetorischer Kompetenz im Sozialverhalten zum Ausdruck kommt, wurde bereits bei der Varianzanalyse der Sekundärfaktoren erörtert (vgl. Kap. 8.3.).

Folgt man der in der Literatur beschriebenen "Typ-A"-Diskussion, dann sind die Herzpatienten einer ständigen Anspannung unterworfen, die aus hohem ehrgeizigem Leistungsanspruch und gleichzeitiger außerordentlicher "Empfindsamkeit" und "Verletzlichkeit" resultiert (vgl. STRIAN, 1983, S. 255).

Vor dem Hintergrund der SCOPE-Faktorenstruktur wird vor allem erkennbar, daß soziale Kompetenzdefizite erhöhten Leistungs- und Besitzansprüchen gegenüberstehen. Die Ausprägungen weiterer, im Sozialverhalten relevanter Faktoren von Personen oder Personengruppen werden durch die SCOPE-Faktorenstruktur erfaßt und in ihren Beziehungen zu anderen Verhaltensdimensionen dargestellt.

10.3. Kreislauf- und Arthrosepatienten

Kreislaufpatienten, so zeigte die Varianzanalyse der Sekundärfaktoren, lassen im Vergleich zu anderen Patientengruppen nur wenige signifikante Abweichungen von den Normdaten der Normalgruppe erkennen.

Die Kreislaufpatienten (Gruppe 7) heben sich damit von den Kreislaufpatienten mit Skeletterkrankungen ab. Vermutlich beeinflußt eine Kreislauferkrankung als Belastungsfaktor das Gesamtbefinden einer Person bedeutend weniger als eine Skeletterkrankung.

Zumindest wurde auf unterschiedlichen Analyseebenen deutlich, daß zwischen den Belastungs-, aber auch zwischen den Zielstrukturen der Arthrosepatienten und der Kreislaufpatienten mit Arthrosen mehr Affinitäten bedeuten als dies im Vergleich der beiden "Kreislauf"-Diagnosegruppen zu beobachten ist.

(1) Erfolgsorientierung:

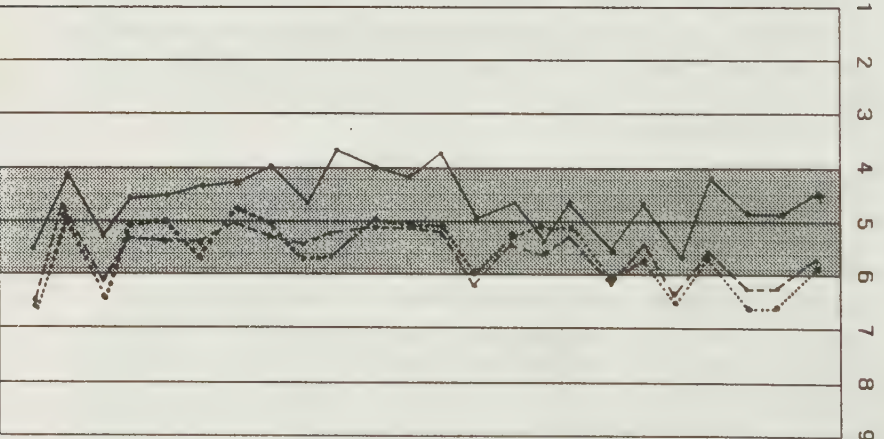
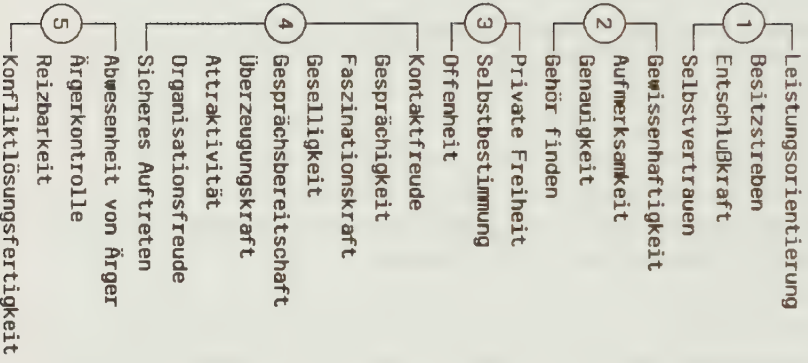
Die Affinität der Stanine-Profillinien zwischen den Kreislauf-Arthrose- (Gruppe 8) und den Arthrose-Patienten (Gruppe 13) wird bei der Betrachtung des Tertiärfaktors "Erfolgsorientierung" deutlich. Die Gruppen 8 und 13 haben, ähnlich wie die Herzpatienten, hohe Ausprägungen vor allem auf den Faktoren des "Besitzstrebens", aber auch der "Entschlußkraft", der "Gewissenhaftigkeit" und "Genauigkeit", sowie der "Offenheit", der "Ärgerkontrolle" und der "Konfliktlösungsfertigkeiten". (vgl. Tab. 22).

Der Profilverlauf der Hypertonie-Patienten (Gruppe 7) hebt sich von demjenigen der Arthrosepatienten ab. Die Hypertonie-Patienten zeigen keine jener erhöhten Ausprägungen, allerdings sind in ihrem Sozialverhalten "Kontaktfreude" und "Geselligkeit" über den Normbereich hinaus reduziert.

Erfolgsorientierung

Stanine-Werte:

Skalierterkrankungen



- 1 Erfolgsstreben
- 2 Besonnenheit
- 3 Selbstbestimmung
- 4 Soziale Kompetenz
- 5 Emotionale Kontrolle

Kreislauf (Hfb.)
 Kreislauf (Hfb./Arthr.)
 Skeletterkrankungen

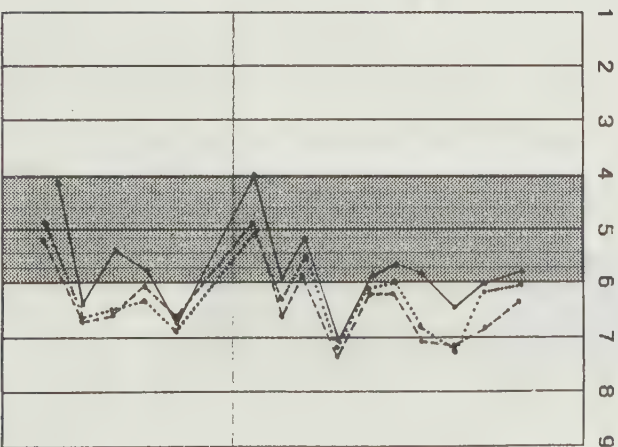


Streß

Stanine-Werte:

Stressreaktionen
 Morgenmüdigkeit
 Schlafstörungen
 Nicht abschalten können
 Muskelverspannung
 Seelische Belastung
 Psychisch bedingte Beschwerden
 Erschöpfung
 Arbeitsbelastung
 Leistungseinschränkung
 Entspannungsfähigkeit

Negative Lebenserfahrung
 Pessimismus
 Kummer und Sorgen
 Schwierigkeiten
 Resignation
 Optimismus



Kreislauf (Hrb.)
 Kreislauf (Hrb./Arthr.)
 Skeletterkrankungen

Zurückhaltung

Soziales Desinteresse

Soziales Desinteresse

Soziale Inkompetenz

Mangelnde Überzeugungskraft
 Redehemmung

Mangelnde Redegewandtheit
 Unsicherheit im Gespräch

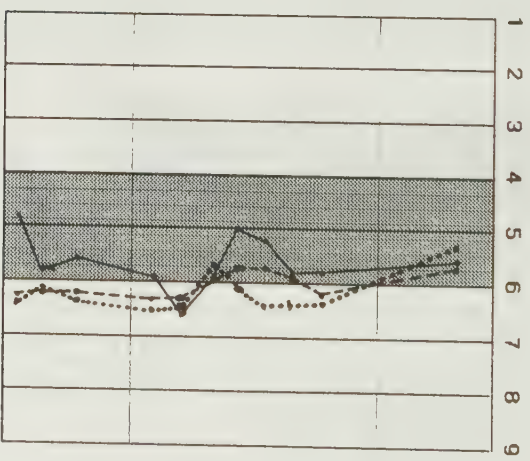
Schweigsamkeit
 Schüchternheit

Ablehnung erfahren

Konfliktvermeidung

Wahrung der Privatsphäre
 Emotionale Zurückhaltung
 Verdrängung

Stanine-Werte:



(2) Streß:

"Nicht abschalten können", "Muskelverspannungen" sowie "Erschöpfung" und "Leistungseinschränkung" bilden die auffälligsten Streßreaktionen bei den Arthrose-Patienten. Bei den Kreislaufpatienten (Gruppe 7) liegen die Werte für die Primärfaktoren "Muskelverspannung" und "Leistungseinschränkung" gegenüber dem Vergleichsniveau der Normalgruppe im Normbereich. Auch verstärkter Pessimismus und Resignation sind bei den Kreislaufpatienten zu beobachten. Die Patienten der Diagnosegruppen 8 und 13 (Arthrosen) zeigen daneben auch vermehrte "Sorgen" und "Schwierigkeiten" im Leben, (vgl. Abb. 21)

(3) Zurückhaltung:

"Schüchternheit" scheint für die Kreislaufpatienten (Gruppe 7) ein besonderes Problem zu sein. Der Wert für diesen Primärfaktor liegt bei Kreislaufpatienten zwar nicht sehr viel höher als bei den Diagnosegruppen 8 und 13 (Arthrosen). Er stellt für die Diagnosegruppen 7 jedoch den einzigen auffälligen Stanine-Wert unter den Tertiärfaktoren "Zurückhaltung" dar. "Schüchternheit", verminderte Kontaktfreude und Geselligkeit weisen auf eine gegenüber der Normalgruppe deutlich reduzierte soziale Kompetenz hin. Bei den Arthrose-Patienten äußert sich soziale Inkompetenz mehr in mangelnden rhetorischen Fertigkeiten ("Redehemmung", "mangelnde Redegewandtheit") und, neben einem hohen Maß an Schüchternheit, auch in der Erfahrung, von anderen Menschen abgelehnt zu werden. Die Diagnosegruppen 8 und 13 (Arthrosen) weisen auch auf allen Primärfaktoren der "Konfliktvermeidung" erhöhte Werte auf. Im Gegensatz dazu ist das Verhalten der "Konfliktvermeidung" bei den Kreislaufpatienten nicht auffällig (vgl. Abb. 24).

10.4. Hautpatienten

Die in dieser Studie untersuchten Hautpatienten wurden in die Gruppe der Neurodermitiker, der Psoriatiker und der Hautpatienten mit Mehrfachbelastung (dies waren vor allem Neurodermitiker mit Asthma) unterteilt.

(1) Erfolgsorientierung:

Im Bereich der "Erfolgsorientierung" werden die Hautpatienten nicht auffällig. Die Stanine-Werte liegen zu diesem Tertiärfaktor bei allen Hautpatienten (Diagnosegruppen 9, 10 und 11) im Normbereich der Normalgruppe. Als einzige Ausnahme zeigen die Psoriatiker ein erhöhtes Maß an "Ärgerkontrolle" (vgl. Abb. 25).

(2) Streß:

Die Stanine-Werte der Hautpatienten zum Tertiärfaktor "Streß" zeigen in einem ersten Überblick die extremsten Ausprägungen für Hautpatienten mit Mehrfachbelastung (Diagnosegruppe 11). Diese Patientengruppe hat auf allen Primärfaktoren, die "Streßreaktionen" beschreiben, erhöhte Werte.

Streßreaktionen sind bei diesen Patienten in breiter Vielfalt zu beobachten. Insbesondere die geringe "Entspannungsfähigkeit" ist bei dieser Patientengruppe auffällig. Hautpatienten mit Mehrfachbelastung weisen von allen untersuchten Patientengruppen den niedrigsten Grad an Entspannungsfähigkeit auf.

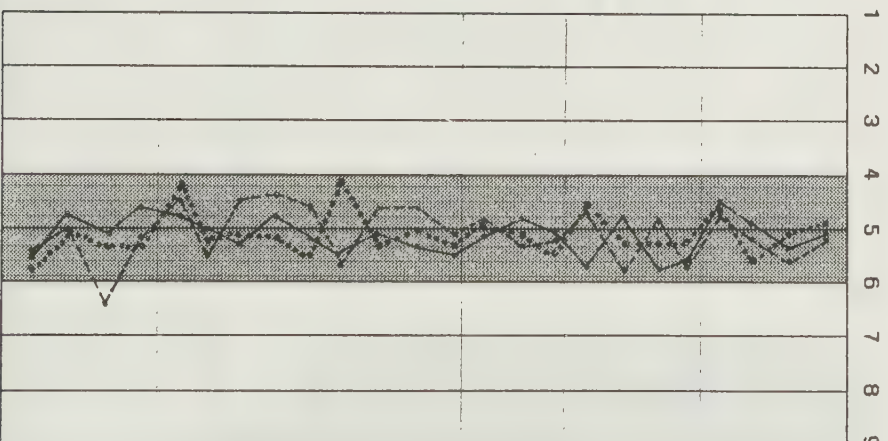
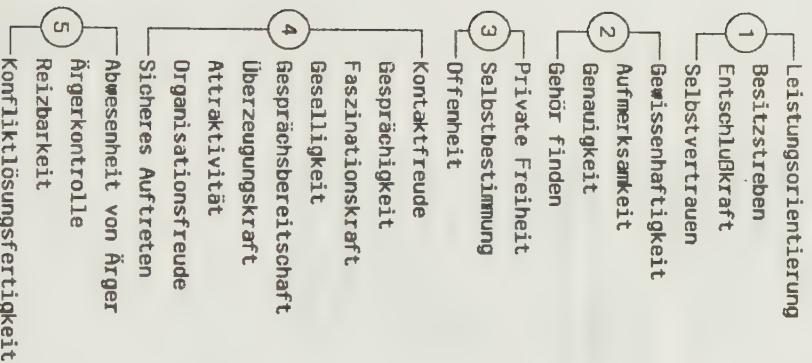
Dies ist bemerkenswert, weil bei den meisten Patientengruppen eine gewisse Ambivalenz hinsichtlich ihrer Entspannungsfähigkeit zu erkennen ist. Sie können, negativ formuliert, schlecht abschalten, wännen sich aber doch durchschnittlich gut entspannt.

Die Fähigkeit zur Entspannung scheint bei den meisten Patientengruppen entwickelt zu sein, wenngleich es ihnen oft nicht gelingt, von belastenden Erlebnissen Abstand zu nehmen. Im Gegensatz dazu ist die Fähigkeit zur Entspannung bei mehrfach belasteten Hautpatienten nur mangelhaft ausgebildet. Die mangelnde Fähigkeit, abschalten zu können, wird verdichtet durch die mangelnde Fähigkeit, sich entspannen zu können.

Erfolgsorientierung

Stanine-Werte:

Neurodermitis
 Psoriasis
 Haut (MfD.: Asthma)



1 Erfolgsstreben
 2 Besonnenheit
 3 Selbstbestimmung
 4 Soziale Kompetenz
 5 Emotionale Kontrolle

Neurodermitis
 Psoriasis
 Haut (Hfb.: Asthma)

Streß

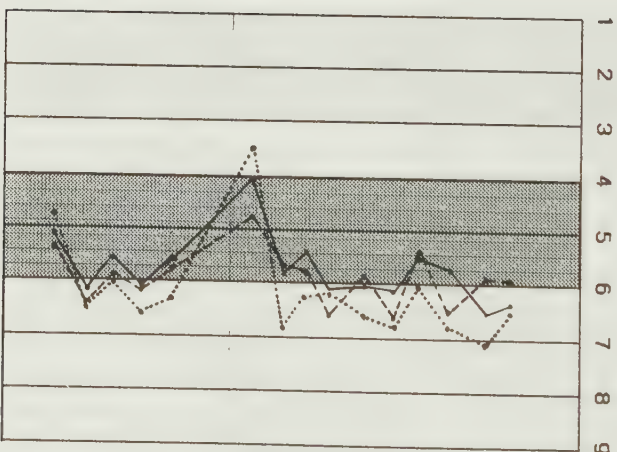
Stanine-Werte:

Streßreaktionen

Morgenmüdigkeit
 Schlafstörungen
 Nicht abschalten können
 Muskelverspannung
 Seelische Belastung
 Psychisch bedingte Beschwerden
 Erschöpfung
 Arbeitsbelastung
 Leistungseinschränkung
 Entspannungsfähigkeit

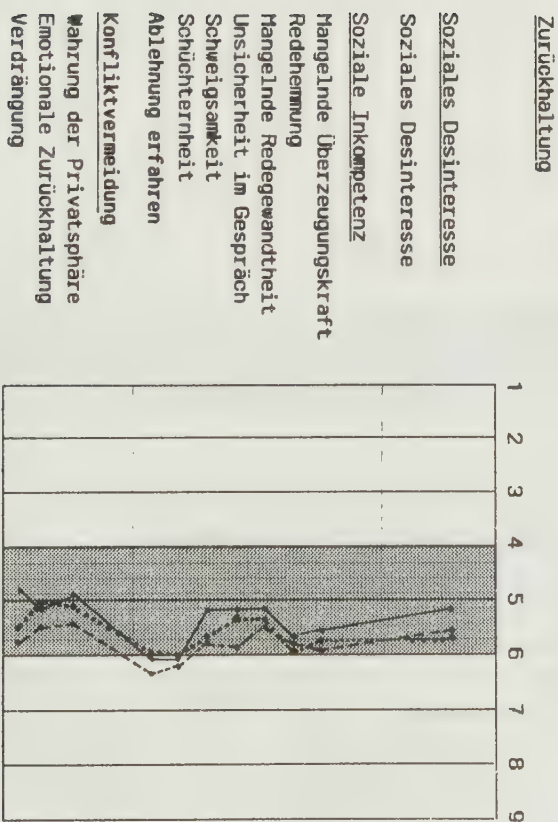
Negative Lebenserfahrung

Pessimismus
 Kummer und Sorgen
 Schwierigkeiten
 Resignation
 Optimismus



Neurodermitis
 Psoriasis
 Haut (Hfb.: Asthma)

Stanine-Werte:



Auch "Pessimismus", "Kummer und Sorgen" sowie "Resignation" führen zu einer erhöhten Belastung dieser Patienten. Die Stanine-Profile der Neurodermitiker und Psoriatiker zeigen eine vergleichbare Streuung der "Streß"-Werte, sind aber in der Gesamtheit eher zum Normbereich der Normalgruppe hin verschoben (vgl. Abb. 26).

(3) Zurückhaltung:

Sowohl bei den Neurodermitikern als auch bei den Psoriatikern sind die Stanine-Werte für die Primärfaktoren "Schüchternheit" und "Ablehnung erfahren" etwas erhöht. Im übrigen verlaufen die Stanine-Profile der untersuchten Hautpatienten im Normbereich. (vgl. Abb. 27)

10.5. Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung

In den Abb. 28 - 30 sind die Stanine-Profillinien von Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung (Diagnosegruppe 12) dargestellt.

Anmerkung:

Wegen der kleinen Stichprobe ($n = 6$) werden die Daten der Patienten mit Stoffwechselstörungen nicht in die Diskussion der Ergebnisse miteinbezogen.

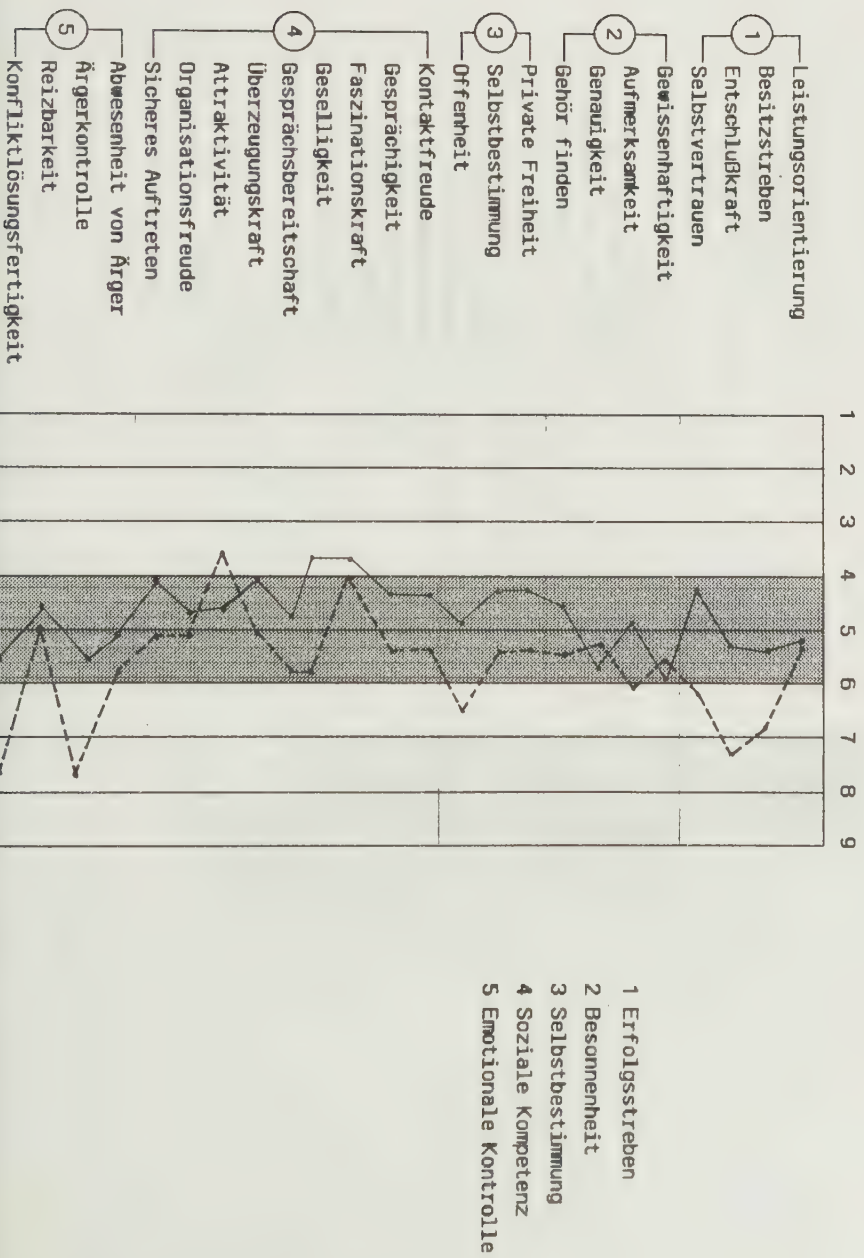
Soweit die kleine Stichprobe dieser Patientengruppe eine Beurteilung zuläßt, scheinen ähnliche Extremausprägungen wie bei den Herz- und Arthrosepatienten vorzuliegen. Weitere Forschungsinitiativen im Rahmen des STRESA-Projektes werden den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen physiologischen und verhaltensbezogenen Variablen unter Einbeziehung größerer Patientenstichproben zu klären suchen (vgl. BAUER, 1986, i.V.; KLENLE, 1986, i.V.).

Erfolgsorientierung

Stanine-Werte:

Psychovegetative
Erschöpfung

Stoffwechselerstörungen



Psychovegetative
Erschöpfung
Stoffwechselstörungen

Streß

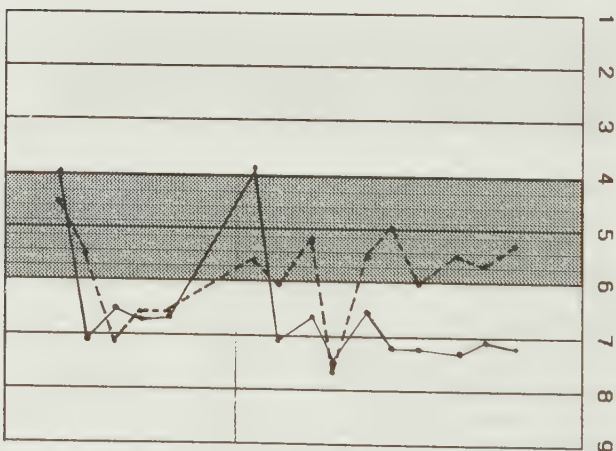
Streßreaktionen

Morgenmüdigkeit
Schlafstörungen
Nicht abschalten können
Muskelverspannung
Seelische Belastung
Psychisch bedingte Beschwerden
Erschöpfung
Arbeitsbelastung
Leistungseinschränkung
Entspannungsfähigkeit

Negative Lebenserfahrung

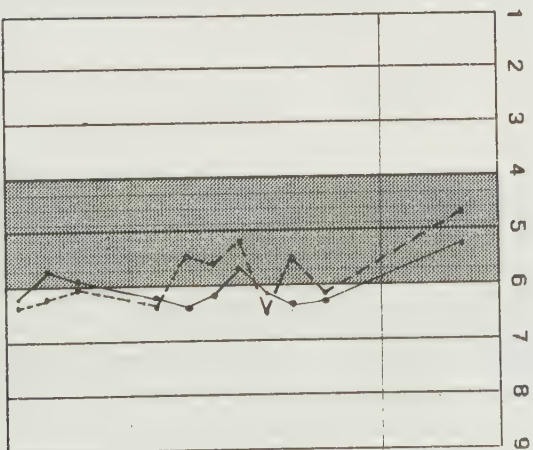
Pessimismus
Kummer und Sorgen
Schwierigkeiten
Resignation
Optimismus

Stanine-Werte:



Psychovegetative
Erschöpfung
Stoffwechselstörungen

Stanine-Werte:



Zurückhaltung

Soziales Desinteresse

Soziales Desinteresse

Soziale Inkompetenz

Mangelnde Überzeugungskraft

Redehemmung

Mangelnde Redegewandtheit

Unsicherheit im Gespräch

Schweigsamkeit

Schüchternheit

Ablehnung erfahren

Konfliktvermeidung

Wahrung der Privatsphäre

Emotionale Zurückhaltung

Verdrängung

(1) Erfolgsorientierung:

Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung liegen im Bereich der "Erfolgsorientierung" weitgehend im Rahmen des Normbereiches, die Einschätzung ihrer "Faszinationskraft" sowie die Bereitschaft zu "Geselligkeiten" sind jedoch reduziert. (vgl. Abb. 28)

(2) Streß:

"Streß"-Primärfaktoren zeigen für Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung stark erhöhte Werte. Zum Normbereich der Normalgruppe weisen diese Werte einen größeren Abstand auf als diejenigen von Patienten mit Krebs- oder Herzerkrankungen. Neben starken Schlafstörungen, Muskelverspannungen, Erschöpfung und Leistungseinschränkungen zeigen funktionell beeinträchtigte Patienten auch mangelnde Fähigkeiten, sich zu entspannen. Darin gleichen sie den Patienten mit Psoriasis. Die Entspannungsfähigkeit wird hier offenbar nicht nur von anderen belastenden Ereignissen überlagert, es scheint ein zusätzliches Defizit an subjektiv erworbenen Entspannungsmöglichkeiten vorzuliegen. (vgl. Abb. 29)

(3) Zurückhaltung:

Im Bereich der "Zurückhaltung" weisen die funktionell beeinträchtigten Patienten mangelnde rhetorische Fertigkeiten auf, ebenso erhöhte Werte an "Schweigsamkeit", "Schüchternheit" und "Ablehnung" zu erfahren. Auf fast allen Primärfaktoren wird bei diesen Patienten ein ausgeprägter Grad an sozialer Inkompetenz erkennbar. Zusätzlich neigen sie eher als Normalpersonen dazu, Konflikte zu verdrängen. (vgl. Abb. 30)

10.6. Zusammenfassung

(1) Krebspatienten:

"Erfolgsorientierung" hat bei den Krebspatienten beider Gruppen keine herausragende Bedeutung, die vom Vergleichsniveau der Normalgruppe unterscheidbar wäre. Die überwiegend männlichen, mehrfachbelasteten Krebspatienten (Gruppe 3) zeigen jedoch eine deutliche Reduktion sozialer Kompetenz, vor allem im Hinblick auf ihre Gesprächigkeit und Geselligkeit. Die "Reizbarkeit" dieser Patienten ist herabgesetzt.

Erhöhte Werte an "Schüchternheit" und "Redehemmung" sowie "Emotionaler Zurückhaltung" weisen zusätzlich auf die Tendenz dieser Gruppe hin, sich aus dem sozialen Leben zurückzuziehen. Die meist weiblichen Krebspatienten (Gruppe 2) lassen diese Tendenz nicht erkennen. Sie haben jedoch vergleichbar hohe Streßbelastungen wie die Patienten der Gruppe 3 und leiden insbesondere an Schlafstörungen, Muskelverspannungen und seelischen Belastungen. Mit dem Krankheitsbild "Krebs" sind auch sehr hohe Ausprägungen an Erschöpfung und Resignation verbunden.

(2) Herzpatienten:

Jüngere Herzpatienten zeichnen sich mehr als ältere durch Leistungsorientierung und Besitzstreben aus. Zugleich wird erkennbar, daß sie in ihrem Sozialverhalten, insbesondere im Bereich rhetorischer Fertigkeiten, nur wenig Kompetenz beweisen und verstärkt zum Rückzug in ihre Privatsphäre neigen.

(3) Kreislauf- und Arthrosepatienten

Die Stanine -Profillinien der Arthrose-Patienten und der Kreislaufpatienten, die zusätzlich an Arthrosen leiden, sind einander ähnlich, ihre auffälligen Werte gleichen denen der Herzpatienten. Starkes "Besitzstreben", "Gewissenhaftigkeit", "Ärgerkontrolle" und "Konfliktlösungsfertigkeiten" bestimmen das Verhaltensprofil dieser Patienten. Sie können aber nur schlecht "abschalten" und sind oftmals verkrampft oder erschöpft, auch ihre Leistungseinschränkung ist reduziert. Mehr als bei den Personen der Normalgruppe machen sich bei ihnen Pessimismus, Schwierigkeiten im Leben oder Resignation breit. Sie neigen in erhöhtem Maße zur Konfliktvermeidung, indem sie sich emotional zurückhalten oder anstehende Probleme zu verdrängen versuchen.

Die Kreislaufpatienten teilen das Profil erhöhter "Erfolgsorientierung" nicht. Ihre Schüchternheit dürfte jedoch für ihre geringe Kontaktfreude und Bereitschaft zu Geselligkeiten mitverantwortlich sein.

Ein Defizit an sozialer Kompetenz scheint im Stanine-Profil der Kreislaufpatienten den zentralen Belastungsschwerpunkt darzustellen, der bei dieser Patientengruppe mit einer mangelnden Fähigkeit, abschalten zu können, und mit "Erschöpfung", aber auch mit "Pessimismus" und "Resignation" einhergeht.

(4) Hautpatienten:

Die Stanine-Profile der Hautpatienten sind zu den Tertiärfaktoren "Erfolgsorientierung" und "Zurückhaltung" weitgehend unauffällig. Nur die Psoriatiker zeigen in diesen Bereichen deutlich erhöhte Werte auf den Primärfaktoren "Ärgerkontrolle", "Schüchternheit" und "Ablehnung erfahren".

Die Beherrschung von aufkeimendem Ärger ist bei dieser Gruppe vermutlich im Kontext zur erhöhten sozialen Inkompetenz zu sehen. Aufgrund des eher schüchternen Umgangs mit anderen Menschen oder aus der Erfahrung, abgelehnt zu werden, wird Ärger möglicherweise unterdrückt, um weitere Reibungspunkte im Umgang mit anderen Menschen zu vermeiden. Hautpatienten mit Mehrfachbelastungen lassen einen ausgeprägten Mangel an Entspannungsfähigkeit erkennen. Dies deutet nicht nur auf einen hohen Grad psychischer Anspannung hin sondern darüber hinaus auf ein Defizit, sich entspannende Situationen schaffen zu können.

Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung

Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung zeigen auf allen "Streß"-Primärfaktoren im Vergleich zur Normalgruppe extrem hohe Ausprägungen. Als ebenso belastend sind für diese Patienten "Pessimismus", "Sorgen" und vor allem "Resignation" einzustufen, zu denen sie ebenfalls hohe Werte aufweisen.

11. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit wurden in den Zusammenfassungen zu den einzelnen Abschnitten bereits dargestellt. Sie sollen in einem abschließenden Kapitel nochmals angesprochen werden, soweit sie für die Konzeption weiterer Forschungsintentionen von Interesse sind.

Der Untersuchung von gesunden und kranken Personen lagen drei Arbeitsziele zugrunde:

- a) Können mit Hilfe des Fragebogens Verhaltensprofile der gesunden Person von denjenigen der kranken Personen abgegrenzt werden,
- b) gibt es quantitativ meßbare Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Belastungsstrukturen in verschiedenen Lebensbereichen, und
- c) inwieweit dienen Verhaltensausprägungen von Personen der Normalgruppe als Normdaten für die Konzeption therapeutischer Erfordernisse.

11.1. Diskussion der Verhaltensprofile von Patienten

Alle Patientengruppen zeigen auffällig hohe Streßreaktionen. Diese Streßreaktionen sind jedoch nicht isoliert zu betrachten, sie stehen mit anderen Verhaltensdimensionen in enger Wechselbeziehung. Die Interkorrelationen der Sekundärfaktoren und der Kriterien verdeutlichen die Verknüpfungen etwa zwischen den Bereichen "Erfolgsorientierung", "Streß", "Soziale Inkompetenz" und "Lebensqualität" (vgl. Kap. 7)

Im Vergleich zur Normalgruppe weisen die Patienten-
gruppen unterschiedliche Verhaltensprofile auf.

(1) Herzpatienten:

Bei den jüngeren Herzpatienten sind Handlungsziele und Verhaltensweisen erkennbar, die dem "Typ-A"-Verhalten entsprechen. Bei einer Reihe von Faktoren zeigen diese Patienten überdurchschnittlich hohe Ausprägungen: Sie sind erfolgsmotivierter, gewissenhafter und ehrgeiziger als die Personen der Normalgruppe. Sie schätzen sich auch lebensgewandter und mit Familie und Beruf zufriedener ein als Normalpersonen. Ihr Typ-A-Summenwert ist gegenüber der Normalgruppe signifikant erhöht.

Die Problematik dieser Patienten scheint in ihren mangelhaften sozialen Fertigkeiten zu liegen. Ihre gegenüber den Normalpersonen signifikant ausgeprägte soziale Inkompetenz ist altersunabhängig zu beobachten. Die Faktorenkorrelationen weisen darauf hin, daß bei diesen Patienten Beruf und Erfolg eine dominante Stellung in ihrem Leben einnehmen und mehr als bei den Normalpersonen in die familiäre und private Sphäre hineinreichen. Allerdings nimmt die erfolgszentrierte Zielstruktur dieser Patienten mit zunehmendem Alter und vermehrter Belastung durch unterschiedliche Krankheiten ab. Bei den älteren Herzpatienten sind nicht mehr die ausgeprägten Werte an Erfolgsorientierung zu erkennen, aber durchaus noch die gleichen Handlungsgewohnheiten, die etwa in überdurchschnittlich gewissenhaftem und genauem Arbeiten zum Ausdruck kommen. Diese Feinabstufungen werden auf der Ebene der Primärfaktoren erkennbar, wie sie in den Stanine-Profilen dargestellt wurden.

Die Struktur des Fragebogens ermöglicht es, derartige Unterschiede zwischen Ziel- und Handlungsstrukturen bei einzelnen Patientengruppen herauszuarbeiten und diese Ergebnisse auch unter Beachtung der soziodemographischen Variablen diskutieren zu können. Zudem kann das Abstraktionsniveau der Untersuchung je nach Fragestellung variiert

werden, sei es zur Klärung von Detailfragen oder zur Gewinnung eines allgemeinen Überblicks.

Die Differenzierung von Verhaltensprofilen, die mit Hilfe der SCOPE- und der Kriterien-Faktorenstruktur geleistet werden kann, soll noch an zwei weiteren Beispielen erörtert werden:

(2) Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung:

In der Literatur wird das Typ-A -Verhalten weitgehend auf Herz- und Kreislauferkrankungen bezogen.

Die Analyse der Verhaltensprofile vor dem Hintergrund der SCOPE-Faktorenstruktur zeigt, daß Typ-A -Verhalten auch bei anderen Patientengruppen zu beobachten ist, daß es hier jedoch in einen anderen Verhaltenskontext eingebunden ist und deshalb weniger auffällig zu sein scheint.

Patienten mit funktionellen Störungen ("Psychovegetative Erschöpfung") zeigen noch höhere Typ-A -Summenwerte als die Herzpatienten. Auch ihre Streßreaktionen sind gegenüber der Normalgruppe stärker ausgeprägt als bei anderen Patientengruppen. Sie zeigen damit die gleiche Art von Belastungen wie die Herzpatienten. Ihre Zielstrukturen im Hinblick auf Erfolgs- oder Leistungsmotivation entsprechen jedoch nicht denjenigen der Herzpatienten. Geht man davon aus, daß bei den Herzpatienten die hohe Leistungsmotivation für das Typ-A -Verhalten mitverantwortlich ist, dann läuft dieses bei den funktionell beeinträchtigten Patienten gewissermaßen "ins Leere". Dem hektischen, ungedulden, aber auch gewissenhaften Arbeitsstil und den daraus resultierenden Belastungen (Zeitdruck etc.) steht kein Zielmuster gegenüber, das die Typ-A -Handlungsweise nach dem in der Literatur diskutierten Schema von überzogenen Leistungsansprüchen und rastlosen Arbeiten erklären könnte.

Die Patienten mit funktionellen Störungen zeigen vielmehr einen signifikant herabgesetzten Grad an "Selbstbestimmung", sie sehen wenig Möglichkeit, ihr Leben eigenverantwortlich zu gestalten. Dies legt den Schluß nahe, daß diese Patien-

ten den Anforderungen, die an sie herangetragen werden, nicht nachkommen, aber auch nicht regulierend begegnen können.

Sie scheinen externen Einflüssen gleichsam ausgeliefert zu sein, ihre Handlungsmotivation wird von außen bestimmt und nur zu einem geringen Teil in eine selbstbestimmte Handlungsverantwortung übersetzt. Diese Anforderungen ziehen offenbar das gleiche Typ-A-Verhaltensmuster nach sich wie eine hohe, internal gesteuerte Motivation, in der Arbeit und im Beruf "zu den Besten" zu gehören.

Der Unterschied zwischen beiden Patientengruppen liegt weniger in Verhaltensäußerungen, Belastungen oder Streßreaktionen, sondern vielmehr in den Zielstrukturen der "Erfolgsorientierung".

"Selbstbestimmung" und "Erfolgsstreben" korrelieren bei den Patienten mit .50 sehr hoch, positiv. Ein hoher Grad an Erfolgsstreben schließt erhöhte Selbstbestimmung mit ein. Die kognitiven Handlungsvoraussetzungen, die bei den Herz- bzw. den funktionell beeinträchtigten Patienten beobachtet werden, weisen auf eine konträr entgegengesetzte Tendenz in den Faktoren der "Erfolgsorientierung" hin.

Nach RUBINSTEIN (1981) ist die "Charakterisierung einer Handlung, die sich auf deren äußere, resultative Seite gründet, ... zu einem hohen Grade eine formale Charakterisierung" (a.a.O., S. 148). Durch Motive, die einem äußerlich gleichen Verhalten zugrunde liegen, und durch die Ziele, die mit dem gleichen Verhalten verfolgt werden, erlangt dieses einen "bisweilen diametral entgegengesetzten Sinn". (vgl. ebenda).

Um solch unterschiedliche Motive und Zielstrukturen der Patienten in die Konzeption therapeutischer Maßnahmen einbeziehen zu können, bedarf es eines diagnostischen Instruments, das die jeweiligen diagnosespezifischen Variationen im Kontext weiterer Verhaltensaussprägungen sichtbar macht. Diese diagnostische Differenzierungsfähigkeit wird mit dem Einsatz der hierarchisch gegliederten SCOPE-Faktorenstruktur vor dem Hintergrund zusätzlicher Kriterien erbracht.

Zwar läßt die vorliegende Studie keine generalisierbaren Aussagen für individuelle Fälle zu, da sie mit Gruppenvergleichen arbeitet und Aussagen über Verhaltensaussprägungen an den Daten der Normalgruppe relativiert. Dennoch weist die Studie auf überzufällige Tendenzen hin, die das Verhalten der Patientengruppen in unterschiedlicher Weise kennzeichnen. Im Einzelfall wäre zu prüfen, inwieweit die Ziel- und Verhaltensstrukturen eines Patienten denjenigen gleichen, die bei den Diagnosegruppen festgestellt wurden.

Ebensowenig wie bei einem einzelnen Herzpatienten feststeht, daß er "Typ-A"-gefährdet sei, erwies es sich im Laufe der Forschungsanstrengungen dennoch als lohnend, Gruppenvergleiche von Herzpatienten vorzunehmen, um Orientierungsdaten zu verschiedenen Verhaltensdimensionen zu erhalten, die prospektive Aussagen zuließen. (Vgl. COOPER, 1981, S. 71 ff., vgl. auch die kritische Erörterung ipsativ-normativer Untersuchungsstrategien von LAZARUS, 1981, S. 210 ff.).

Die SCOPE-Faktorenstruktur eignet sich darüber hinaus als differentialdiagnostisches Instrument, nicht nur die Ausprägungen isolierter Verhaltensdimensionen darzustellen, sondern deren Zusammenhang zu weiteren Ziel- und Handlungsebenen zu erfassen. Im Hinblick z.B. auf das Typ-A-Verhalten würden sich funktionell beeinträchtigte Patienten von Herzpatienten kaum unterscheiden. Ihr

Verhalten müßte als gleichartig betrachtet werden. Die unterschiedlichen kognitiven Strukturen, die beide Gruppen im Bereich der "Erfolgsorientierung" bzw. der Selbstverantwortlichkeit ("Selbstbestimmung") erkennen lassen, verleihen dem jeweils beobachtbaren Typ-A-Verhalten eine unterschiedlich gewichtete Bedeutung. Dem erhöhten Leistungsanspruch der einen Gruppe steht ein Mangel an selbstbestimmter Lebensführung der anderen Gruppe gegenüber.

(3) Arthrose- Patienten:

Die Varianzanalysen sowie die Stanine-Profile der Patientengruppen zeigten, daß die Verhaltensprofile der jüngeren Herzpatienten die in der Literatur diskutierten Annahmen zum Typ-A -Verhalten bestätigen. Die gleichen Verhaltensprofile auf nahezu allen Faktorenebenen zeigen aber auch die Patienten mit Arthrosen, die keine Herzerkrankungen aufweisen.

Die soziodemographischen Merkmale dieser Patientengruppen sind hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ähnlich. Es handelt sich meist um Männer in einem Durchschnittsalter von etwa 50 Jahren. Auch die übrigen soziodemographischen Variablen wie Art der Berufstätigkeit, Arbeitszeit, Familienstand, Schulbildung, Schichtzugehörigkeit, Religion etc. sind zwischen beiden Patientengruppen vergleichbar (vgl. Mediane, Mittelwerte, Anhang S. 268 - 288).

Das einzig relevante Unterscheidungskriterium zwischen den Herz- und Arthrose-Patienten bildet die jeweilige Diagnosestellung. Die Ähnlichkeiten der Verhaltens- und Zielstrukturen, aber auch der Streßreaktionen bei unterschiedlichen Diagnosen lassen den Schluß zu, daß genetische Dispositionen in diesem Zusammenhang mit wirksam werden. Das Typ-A -Verhalten scheint, möglicherweise im Sinne eines Diathese-Streß-Modells, nur unter bestimmten genetischen Voraussetzungen zu koronaren Herzerkrankungen zu führen. In anderen Fällen korreliert das gleiche Verhaltensmuster nicht mit Herz-, sondern mit Skeletterkrankungen. Beide Krankheitsbilder schließen sich bei den

betreffenden Patienten nahezu aus. Bei veränderten kognitiven Strukturen weist "Typ-A"-Verhalten auf die Gefahr erhöhter funktioneller Störungen hin.

11.2. Die Messung primärer Belastungsstrukturen

Während die Verhaltensprofile der oben diskutierten Diagnosegruppen auf den SCOPE-Faktoren der "Erfolgsorientierung" ("Erfolgstreben" bzw. verminderte "Selbstbestimmung") und der Zurückhaltung ("Soziale Inkompetenz") auffällig wurden, zeigen Krebspatienten ein reduziertes Maß an Lebensqualität vor allem im persönlichen Bereich, der das familiäre Leben und die Freizeit betrifft. Leidtragend sind hier in erster Linie die Frauen, die überwiegend in der Krebspatientengruppe ohne Mehrfachbelastungen zu finden sind und die größten Einbußen an Lebensqualität aufweisen. Im Bereich der "Erfolgsorientierung" unterscheiden sich diese Patienten hingegen nicht von den Personen der Normalgruppe.

Neben den Streßreaktionen und den negativen Lebenserfahrungen liegen die erkennbaren Belastungsschwerpunkte der Krebspatienten in den veränderten Bedingungen privater Lebensumstände, und weniger, wie bei den oben diskutierten Diagnosegruppen, im Spannungsverhältnis von kognitiven Zielstrukturen und mangelnden sozialen Fertigkeiten.

Kreislaufpatienten weisen im Vergleich zu anderen Patientengruppen nur wenige Abweichungen von den Personen der Normalgruppe auf. Bei ihnen sind, wie bei allen Patientengruppen, "Streßreaktionen" und "Negative Lebenserfahrungen" erhöht. Ansonsten zeigen diese Patienten reduzierte Werte an "Sozialer Kompetenz".

Kreislaufpatienten, die zusätzlich an Arthrosen erkrankt sind, entsprechen in ihren Verhaltensprofilen den Patienten mit primärorganischen Skeletterkrankungen. Dieser Zusammenhang legt den Schluß nahe, daß die Disposition zu Skeletterkrankungen als wesentlicher Einflußfaktor zwischen Verhaltensstrukturen und Erkrankungsrisiken zu sehen ist. Bluthochdruck scheint im Kontext zu veränderten Verhaltensstrukturen nur eine untergeordnete Rolle zu spielen: Auch hier wird es die Aufgabe künftiger Forschungsanstaltungen sein, die Bedeutung genetischer Dispositionen genauer abzuklären.

Die Hautpatienten unterscheiden sich nur in wenigen Faktoren von den Personen der Normalgruppe. Hiervon sind insbesondere die geringe Entspannungsfähigkeit im Bereich der "Streßreakationen" und die erhöhten Werte an "Schüchternheit" und "Ablehnung erfahren" (im Bereich der "Zurückhaltung") hervorzuheben.

Die SCOPE-Faktorenanalyse zeigt, daß Schüchternheit wenig mit sozialem Desinteresse gemein hat, sondern vielmehr ein Element sozialer Inkompetenz darstellt (vgl. Kap. 5.1.3.).

Nach ASENDORPF (1985a, vgl. S.3 ff.) hängt schüchterne Gehemmtheit eng mit Minderwertigkeitsgefühlen in sozialen Beziehungen zusammen. Das Bedürfnis nach Anerkennung und näheren Beziehungen zu anderen Personen, verbunden mit der gleichzeitigen Angst, abgelehnt zu werden, sei bei den meisten Schüchternen zu beobachten. Dies stellt nach Ansicht ASENDORPFs einen "Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt" dar. Sozial desinteressierte Personen haben gleichfalls wenig Kontakt, könnte diesen aber im Gegensatz zu den Schüchternen leicht herstellen, wenn sie wollten. Deshalb sei Schüchternheit vom Begriff des sozialen Desinteresses abzugrenzen.

Die SCOPE-Faktorenstruktur stützt dieses Ergebnis. Sie zeigt zugleich, daß Schüchternheit mit einer Reihe anderer Variablen korreliert (vgl. Kap. 5.2.8.), die auf der Ebene der Sekundärfaktoren in enger Beziehung zu "Streßreaktionen" stehen. Dieser Zusammenhang wird bei allen Patientengruppen deutlich.

Darüber hinaus können durch die Anwendung des Fragebogen-instrumentes die Beziehungen solcher Verhaltensdimensionen zu anderen Kriterien (z.B. "Lebensgewandtheit" oder "Lebensqualität") oder zu soziodemographischen Variablen abgeschätzt werden. Die Messung primärer Belastungsstrukturen von Patienten im Vergleich zu Personen der Normalgruppe ist auf einem multidimensionalen Niveau möglich.

11.3. Diskussion der Normdaten von gesunden Personen

Bedingt durch das Forschungsinteresse, die Verhaltensprofile von Patientengruppen mit denjenigen der Normalpersonen vergleichen zu können, war im Kontext dieser Arbeit die Interpretationsrichtung vorgegeben.

Die Daten der Normalpersonen dienten als Kontrollniveau für die Interpretation von Abweichungen, die bei Personen der Patientengruppen zu beobachten sind.

Vor diesem Kenntnishintergrund erfahren aber auch die Daten der Normalgruppe eine eigene Bewertung, die sie von den Verhaltensausrägungen der Patienten abheben und diskussionswürdig erscheinen lassen.

Die Beziehungen von "Erfolgsorientierung", "Sozialer Kompetenz" und "Streßreaktionen" scheinen von besonderem Interesse zu sein.

Im Vergleich zu den "Typ-A"-Patientengruppen (Herz- und Arthrose-Patienten bzw. Patienten mit psychovegetativer Erschöpfung) stellen die Personen der Normalgruppe geringe Ansprüche an ihr Leistungs- und Besitzniveau. Die "Typ-A"-Patienten suchen vermutlich durch den erreichten Berufs- oder Statuserfolg mehr Anerkennung zu erhalten als die

getesteten gesunden Personen. Dafür spricht der Umstand, daß ein höherer sozialer Status nur bei den Patienten Streßreaktionen reduziert, nicht bei den Normalpersonen. Diese weisen vielmehr ein höheres Maß an sozialer Kompetenz auf, sowohl im Hinblick auf ihre Bereitschaft zu Geselligkeiten, als auch durch ihre Kontaktfreude und durch rhetorische Fertigkeiten. Es ist anzunehmen, daß sich die Qualitäten sozialer Verstärkung zwischen gesunden Personen und Patienten verschieben. Personen der Normalgruppe erfahren aufgrund ihrer sozialen Kompetenz mehr persönliche Beachtung, welche die Patienten möglicherweise durch größere Leistungen und Erfolge zu erreichen versuchen.

Der unterschiedliche Bewertungskontext bei Patienten und gesunden Personen wird nicht nur auf der quantitativ meßbaren Ebene einzelner Verhaltensdimensionen deutlich. Neben den numerisch bestimmbaren, positiven oder negativen Faktorenausprägungen verriet bereits die vergleichende Faktorenanalyse zwischen Normalpersonen und Patienten Verschiebungen in der qualitativen Bewertung von Erfolg und Kompetenz.

Die getrennten Kontrollanalysen zeigten, daß die ermittelten Faktorenstrukturen zwischen Normalpersonen und Patienten im wesentlichen gleich und damit auch vergleichbar sind. Zwei Ausnahmen sind jedoch bemerkenswert: "Soziales Desinteresse" und "Streßreaktionen" sind bei den Patienten von anderen Faktoren abgekoppelt, sie nehmen für diesen Personenkreis jeweils eine isolierte, von anderen Verhaltensdimensionen abgrenzbare Stellung ein.

Bei den Personen der Normalgruppe korreliert "Soziales Desinteresse" hingegen negativ mit "Sozialer Kompetenz", d.h. soziales Interesse ist hier an Geselligkeit und Kontaktfreude geknüpft. "Streßreaktionen" bilden einen Faktor mit "Negativen Lebenserfahrungen". Diese beiden Verhaltensbereiche stehen bei den gesunden Personen in unmittelbarer Beziehung zueinander.

Die Faktorenanalyse der Normalgruppe verdeutlicht den qualitativen Unterschied in der Bewertung von Leistung, Besitz und sozialen Fertigkeiten. "Entschlußkraft" und "Selbstvertrauen" stehen bei den Patienten vor allem in Bezug zu Streben nach Besitz und Leistungsorientierung (vgl. Kap. 5.2.1.). Die gesunden Personen lassen demgegenüber einen Faktor erkennen, der Eigenschaften "Sozialer Führung" umreißt und mit Leistungs- oder Besitzstreben kaum zu tun hat.

"Selbstvertrauen" und "Entschlußkraft" gehen bei den Normalpersonen einher mit Konfliktlösungsfertigkeiten, aber auch mit sicherem Auftreten und mit der Offenheit, seine Meinung frei zu äußern. Dieses Faktorenbündel unterstreicht die Bedeutung sozialer Kompetenz für die Personen der Normalgruppe. "Soziale Kompetenz" und "Soziale Führung" stellen eigenständige Verhaltensdimensionen dar und hängen nicht von Berufs- oder Statuserfolgen ab.

Für die Beurteilung von Risikoverhalten sowie für die Konzeption therapeutischer Maßnahmen genügt nach diesem Befund die quantitative Abschätzung sozialer Fertigkeiten nicht. Sie ist durch die Beurteilung des Beziehungsgeflechtes sozialer Kompetenz- und Führungsfähigkeiten zu ergänzen. Die Reduktion solcher Fertigkeiten auf Leistungserfolg ist dabei als Hinweis für Risikoverhalten im Sinne erhöhter Belastungsanfälligkeit ("Streßbelastung") zu bewerten.

Soziale Kompetenz bei gesunden Personen scheint sich auf die Bewältigung unmittelbarer Kontaktsituationen zu beziehen. Die Fähigkeiten zur "Sozialen Führung" beinhalten die Faktoren zur aktiven Gestaltung von Interaktionen.

Soziale Inkompetenz", die das Verhalten der meisten Patienten prägt, korreliert bei diesen Personen mit "Streßreaktionen" (.44). Bei den Personen der Normalgruppe

besteht kein derartiger Zusammenhang. Hinzu kommt, daß Streßreaktionen bei den Patienten von anderen Lebensereignissen (z.B. negativen Lebenserfahrungen) abgekoppelt sind. Es scheint, daß die Streßreaktionen der Patienten einer allergischen Reaktion gleichen, die schon bei relativ geringer Belastung zu überschießenden Abwehrmaßnahmen führt. Die Erfahrung sozialer Inkompetenz scheint diese negative Dynamik eher zu verstärken, da auch positive soziale Fertigkeiten bei den Patienten mit zunehmendem Alter schneller verfallen als bei den Personen der Normalgruppe.

Streßreaktionen treten auch bei den Personen der Normalgruppe auf. Sie sind an tatsächlich unangenehme Lebensereignisse geknüpft. Das legt die Frage nahe, wie bei Patienten überschießende Streßreaktionen durch therapeutische Maßnahmen nicht nur in ihren Ausprägungen gedämpft werden können, sondern in ihrem inhaltlichen Beziehungsgeflecht eine Neubewertung erfahren. Diese Frage wird durch kontrollierte Therapiestudien für die einzelnen Patientengruppen zu klären sein.

11.4. Schlußbemerkungen

Für anschließende kontrollierte Therapiestudien wird es nötig sein, die Diagnosegruppen weiter zu differenzieren und zu prüfen, ob zwischen den untersuchten Patientengruppen signifikante Abweichungen der Verhaltensprofile zu beobachten sind. Dies würde die diagnostischen Voraussetzungen schaffen, um aus den erhobenen Daten diagnosespezifische therapeutische Erfordernisse ableiten zu können.

Der im Rahmen des STRESA-Forschungsprojektes entwickelte Fragebogen kann dazu als diagnostisches Instrument eingesetzt werden, um auf multiplen Analyse- und Abstraktionsebenen detaillierte Aussagen über Ziel- ; Verhaltens- und Belastungsstrukturen der untersuchten Personen zu gewinnen.

Die innere Validität des Fragebogens wurde durch die Gestaltung der Itemstruktur optimiert (vgl. Alpha-Werte der Primärfaktoren, Kap. 4.3.). Die homogene Struktur der SCOPE-Faktorenhierarchie wurde durch wiederholte Kontrollanalysen bestätigt:

- a) durch den Vergleich von vorläufiger und abschließender Faktorenanalyse der Gesamtstichprobe, und
- b) durch den Vergleich der getrennten Faktorenanalysen mit den Daten der Normalgruppe bzw. den Daten der Patientengruppe.

Auf beiden Vergleichsebenen sind hohe Übereinstimmungen der ermittelten Faktorenstrukturen festzustellen.

Die äußere Validität des Fragebogeninstrumentes wurde aufgrund seiner Sensibilität gegenüber den Diagnosegruppen als externen Kriterien belegt. Die Kontextanalyse von Verhaltensdimensionen ermöglicht dabei neben quantitativen Aussagen zu einzelnen Merkmalsausprägungen auch die qualitative Einschätzung variabler Beziehungsgeflechte bei unterschiedlichen Diagnosegruppen.

ANHANG

Schulabschluß:

1. Gesamtstichprobe:	abs. H.	rel.* H. (%)
1 kein Schulabschluß	30	3.8
2 Hauptschulabschluß	447	56.7
3 Mittlere Reife	172	21.8
4 Fachhochschulreife	18	2.3
5 Abitur	62	7.9
6 Fachhochschulabschluß	27	3.4
7 Universitätsebschluß	8	1.0

2. Diagnosegruppen:	Median	Mittel- wert $\bar{X}$	Standard- wert SD
Normalpersonen	3	3.41	1.60
Patienten insges.	2	2.53	1.16
Krebs	2	2.73	1.14
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	2.24	0.75
Herz (Infarkt/KHK)	2	2.02	0.55
Herz (Mehrfachbelast.)	2	2.38	1.25
Herz (Mfb/Arthrosen)	2	2.16	0.64
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	2	2.18	0.64
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	2	2.13	0.74
Skeletterkrankungen	2	2.14	0.79
Neurodermitis	3	3.58	1.70
Psoriasis	2.5	2.89	1.32
Hauterkrankungen (Mfb)	3	3.41	1.40
Vegetative Erschöpfung	2	2.21	0.67
Stoffwechselstörungen	2	2.33	0.52
Andere Diagnosen	2	2.64	1.19

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die gesamte Untersuchungsstichprobe (788 Personen).
 Wurden von einer oder mehreren Personen zu einer Frage keine Angaben gemacht, fehlen die entsprechenden absoluten bzw. relativen Werte auf N= 788 bzw. 100 Prozent.

Religionszugehörigkeit

	kath.	evang.	andere	keine
Gesamtstichprobe:	367 <u>50.2</u>	321 <u>40.7</u>	13 <u>1.6</u>	84 <u>10.7</u>
Normalpersonen	103 <u>50.2</u>	66 <u>32.2</u>	6 <u>2.9</u>	30 <u>4.6</u>
Patienten insges.	264 <u>45.5</u>	255 <u>44.0</u>	7 <u>1.2</u>	54 <u>9.3</u>
Krebs	52 <u>45.2</u>	48 <u>41.7</u>	1 <u>0.9</u>	14 <u>12.2</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	6 <u>35.3</u>	11 <u>64.7</u>	- -	- -
Herz (Infarkt/KHK)	18 <u>40.0</u>	25 <u>55.6</u>	1 <u>2.2</u>	1 <u>2.2</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	28 <u>41.8</u>	30 <u>44.8</u>	2 <u>3.0</u>	7 <u>10.4</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	21 <u>58.3</u>	12 <u>33.3</u>	- -	3 <u>8.3</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	8 <u>47.1</u>	6 <u>35.3</u>	- -	3 <u>17.6</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	21 <u>37.5</u>	24 <u>42.9</u>	2 <u>3.6</u>	9 <u>16.1</u>
Skeletterkrankungen	17 <u>43.6</u>	20 <u>51.3</u>	- -	2 <u>5.1</u>
Neurodermitis	30 <u>49.2</u>	29 <u>47.5</u>	- -	2 <u>3.3</u>
Psoriasis	12 <u>66.7</u>	4 <u>22.2</u>	- -	2 <u>11.1</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	9 <u>40.9</u>	10 <u>45.5</u>	- -	3 <u>13.6</u>
Vegetative Erschöpfung	25 <u>44.6</u>	26 <u>46.4</u>	- -	5 <u>8.9</u>
Stoffwechselstörungen	1 <u>16.7</u>	5 <u>83.3</u>	- <u>4.0</u>	- -
Andere Diagnosen	16 <u>64.0</u>	5 <u>20.0</u>	1 <u>16</u>	3 <u>12.0</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeit sverteilungen innerhalb einer Zeile.

Religiosität

	ja		nein	
Gesamtstichprobe:	398	<u>50.5</u>	374	<u>47.5</u>
Normalpersonen	93	<u>45.6</u>	111	<u>54.4</u>
Patienten insges.	305	<u>53.7</u>	263	<u>46.3</u>
Krebs	69	<u>61.1</u>	44	<u>38.9</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	7	<u>41.2</u>	10	<u>58.8</u>
Herz (Infarkt/KHK)	24	<u>54.5</u>	20	<u>45.5</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	33	<u>51.6</u>	31	<u>48.4</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	23	<u>62.2</u>	14	<u>37.8</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	8	<u>50.0</u>	8	<u>50.0</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	31	<u>59.6</u>	21	<u>40.4</u>
Skeletterkrankungen	20	<u>51.3</u>	19	<u>48.7</u>
Neurodermitis	28	<u>47.5</u>	31	<u>52.5</u>
Psoriasis	6	<u>33.3</u>	12	<u>66.7</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	11	<u>50.0</u>	11	<u>50.0</u>
Vegetative Erschöpfung	32	<u>57.1</u>	24	<u>42.9</u>
Stoffwechselstörungen	2	<u>33.3</u>	4	<u>66.7</u>
Andere Diagnosen	11	<u>44.0</u>	14	<u>56.0</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

Familienstand

	ledig		verh. /fest. Partner		verwitwet		geschieden	
Gesamtstichprobe:	143	<u>18.0</u>	522	<u>66.2</u>	53	<u>6.7</u>	66	<u>8.4</u>
Normalpersonen	75	<u>36.8</u>	102	<u>50.0</u>	7	<u>3.4</u>	20	<u>9.8</u>
Patienten insges.	68	<u>11.7</u>	420	<u>72.4</u>	46	<u>7.9</u>	46	<u>7.9</u>
Krebs	8	<u>7.0</u>	78	<u>67.8</u>	15	<u>13.0</u>	14	<u>12.2</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	1	<u>5.9</u>	14	<u>82.4</u>	1	<u>5.9</u>	1	<u>5.9</u>
Herz (Infarkt/KHK)	3	<u>6.7</u>	35	<u>77.8</u>	1	<u>2.2</u>	6	<u>13.3</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	3	<u>4.5</u>	58	<u>86.6</u>	4	<u>6.0</u>	2	<u>3.0</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	1	<u>2.7</u>	25	<u>67.6</u>	7	<u>18.9</u>	4	<u>10.8</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	-	-	15	<u>88.2</u>	1	<u>5.9</u>	1	<u>5.9</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	1	<u>1.8</u>	45	<u>80.4</u>	5	<u>8.9</u>	5	<u>8.9</u>
Skeletterkrankungen	1	<u>2.6</u>	30	<u>76.9</u>	4	<u>10.3</u>	4	<u>10.3</u>
Neurodermitis	32	<u>53.3</u>	258	<u>41.7</u>	1	<u>1.7</u>	2	<u>3.3</u>
Psoriasis	5	<u>27.8</u>	11	<u>61.1</u>	1	<u>5.6</u>	1	<u>5.6</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	7	<u>31.8</u>	13	<u>59.1</u>	1	<u>4.5</u>	1	<u>4.5</u>
Vegetative Erschöpfung	1	<u>1.8</u>	51	<u>91.1</u>	2	<u>3.6</u>	2	<u>3.6</u>
Stoffwechselstörungen	-	-	3	<u>50.0</u>	2	<u>33.3</u>	1	<u>16.7</u>
Andere Diagnosen	5	<u>20.0</u>	17	<u>68.0</u>	1	<u>4.0</u>	2	<u>8.0</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

Tab. 40

1. Gesamtstichprobe	Familienstand		Ehe	
	abs. H	rel. H. (%)	abs. H	rel. H. (%)
0 entfällt	156	19.8	405	51.4
1 weniger als 1 Jahr	14	1.8	2	0.3
2 1-2 Jahre	23	2.9	3	0.4
3 2-5 Jahre	40	5.1	10	1.3
4 5-10 Jahre	56	7.1	28	3.6
5 mehr als 10 Jahre	473	60.0	99	12.6

2. Diagnosegruppen:

	Familienstand			Ehe		
	Median	X	SD	Median	X	SD
Normalpersonen	3	2.42	2.21	0	0.79	1.72
Patienten insges.	5	4.06	1.78	0	1.37	2.16
Krebs	5	4.38	1.40	0	1.78	2.32
Krebs (Mehrfachbelast.)	5	4.41	1.50	0	1.80	2.39
Herz (Infarkt/KHK)	5	4.42	1.40	0	1.12	2.05
Herz (Mehrfachbelastung)	5	4.45	1.45	0	1.64	2.36
Herz (Mfb/Arthrosen)	5	4.71	1.00	5	2.89	2.54
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	5	4.75	1.00	0	1.43	2.44
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	5	4.61	1.20	1	2.29	2.42
Skeletterkrankungen	5	4.08	1.63	0	1.46	2.20
Neurodermitis	0	1.88	2.27	0	0.21	0.93
Psoriasis	3	2.82	2.21	0	0.64	1.65
Hauterkrankungen (Mfb)	1.5	2.27	2.27	0	0.63	1.54
Vegetative Erschöpfung	5	4.82	0.79	0	0.97	1.95
Stoffwechselstörungen	5	4.33	1.03	4	2.80	2.59
Andere Diagnosen	5	3.88	1.85	0	0.80	1.70

Derzeitige Tätigkeit	berufstätig		in Ausbildung						
	Vollzeit	Teilzeit	arbeitslos	Krankzustand	Rentner Pensionär	Hausfrau	Schüler	Student	Azubi
Gesamtstichprobe:	378 <u>48.0</u>	59 <u>7.5</u>	29 <u>3.7</u>	82 <u>10.4</u>	91 <u>11.5</u>	75 <u>9.5</u>	15 <u>1.9</u>	35 <u>4.4</u>	13 <u>1.6</u>
Normalpersonen	119 <u>58.0</u>	9 <u>4.4</u>	2 <u>1.0</u>	-	18 <u>8.8</u>	14 <u>6.8</u>	7 <u>3.4</u>	29 <u>14.1</u>	2 <u>1.0</u>
Patienten insges.	259 <u>45.3</u>	50 <u>8.7</u>	27 <u>4.7</u>	82 <u>14.3</u>	73 <u>12.8</u>	61 <u>10.7</u>	8 <u>1.4</u>	-	-
Krebs	28 <u>24.8</u>	12 <u>10.6</u>	1 <u>0.9</u>	17 <u>15.0</u>	33 <u>29.2</u>	22 <u>19.5</u>	-	-	-
Krebs (Mehrfachbelast.)	8 <u>50.0</u>	1 <u>6.3</u>	-	3 <u>18.8</u>	4 <u>25.0</u>	-	-	-	-
Herz (Infarkt/KHK)	24 <u>53.3</u>	-	1 <u>2.2</u>	16 <u>35.6</u>	3 <u>6.7</u>	1 <u>2.2</u>	-	-	-
Herz (Mehrfachbelast.)	28 <u>45.2</u>	1 <u>1.6</u>	-	16 <u>25.8</u>	8 <u>12.9</u>	7 <u>11.3</u>	-	-	2 <u>3.2</u>
Herz (MfB/Arthrosen)	17 <u>45.9</u>	3 <u>8.1</u>	1 <u>2.7</u>	3 <u>8.1</u>	7 <u>18.9</u>	6 <u>16.2</u>	-	-	-
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	5 <u>29.4</u>	1 <u>5.9</u>	1 <u>5.9</u>	2 <u>11.8</u>	3 <u>17.6</u>	5 <u>29.4</u>	-	-	-
Kreislauf (MfB/Arthrosen)	39 <u>72.2</u>	2 <u>3.7</u>	2 <u>3.7</u>	2 <u>3.7</u>	3 <u>5.6</u>	6 <u>11.1</u>	-	-	-
Skeletterkrankungen	25 <u>64.1</u>	3 <u>0.4</u>	3 <u>7.7</u>	4 <u>10.3</u>	3 <u>7.7</u>	1 <u>2.6</u>	-	-	-
Neurodermitis	26 <u>42.6</u>	5 <u>8.2</u>	10 <u>16.4</u>	6 <u>9.8</u>	-	2 <u>3.3</u>	5 <u>8.2</u>	5 <u>8.2</u>	2 <u>3.3</u>
Psoriasis	7 <u>38.9</u>	3 <u>16.7</u>	-	3 <u>16.7</u>	4 <u>22.2</u>	-	-	-	1 <u>5.6</u>
Hauterkrankungen (MfB)	10 <u>45.5</u>	1 <u>4.5</u>	5 <u>22.7</u>	2 <u>9.1</u>	1 <u>4.5</u>	1 <u>4.5</u>	-	1 <u>4.5</u>	1 <u>4.5</u>
Vegetative Erschöpfung	28 <u>49.1</u>	15 <u>26.3</u>	2 <u>3.5</u>	3 <u>5.3</u>	1 <u>1.8</u>	8 <u>14.0</u>	-	-	-
Stoffwechselstörungen	4 <u>66.7</u>	-	-	1 <u>16.7</u>	-	1 <u>16.7</u>	-	-	-
Andere Diagnosen	10 <u>40.0</u>	3 <u>12.0</u>	1 <u>4.0</u>	4 <u>16.0</u>	3 <u>12.0</u>	1 <u>4.0</u>	3 <u>12.0</u>	-	-

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe
 Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

Zuletzt ausgeübter Beruf

	ung. Arbeiter	Facharbeiter	Beamter unterer D.	Beamter mittlere D.	Beamter höherer D.	Selbstständ. (o. Landwirt)	Landwirt	kein Beruf ausgeübt
Gesamtstichprobe:	80 <u>10.2</u>	260 <u>33.0</u>	90 <u>11.4</u>	168 <u>21.3</u>	23 <u>4.3</u>	23 <u>2.9</u>	3 <u>0.4</u>	80 <u>10.2</u>
Normalpersonen	2 <u>1.0</u>	52 <u>26.3</u>	37 <u>18.7</u>	59 <u>29.8</u>	6 <u>9.8</u>	6 <u>3.0</u>	1 <u>9.8</u>	33 <u>16.7</u>
Patienten insges.	78 <u>14.4</u>	208 <u>38.5</u>	53 <u>9.8</u>	109 <u>20.2</u>	17 <u>7.9</u>	17 <u>3.1</u>	2 <u>7.9</u>	47 <u>8.7</u>
Krebs	1 <u>0.9</u>	9 <u>8.5</u>	22 <u>20.8</u>	50 <u>47.2</u>	6 <u>12.2</u>	6 <u>5.7</u>	-	7 <u>6.6</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	4 <u>23.5</u>	11 <u>64.7</u>	-	2 <u>11.8</u>	-	-	-	-
Herz (Infarkt/KHK)	8 <u>17.8</u>	32 <u>11.1</u>	1 <u>2.2</u>	-	1 <u>2.2</u>	1 <u>2.2</u>	-	2 <u>4.4</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	13 <u>20.6</u>	37 <u>58.7</u>	-	2 <u>4.8</u>	5 <u>7.9</u>	5 <u>7.9</u>	-	4 <u>6.3</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	10 <u>33.3</u>	13 <u>43.3</u>	2 <u>6.7</u>	4 <u>6.7</u>	2 <u>6.7</u>	2 <u>6.7</u>	1 <u>3.3</u>	-
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	1 <u>6.7</u>	8 <u>53.3</u>	-	1	1 <u>6.7</u>	1 <u>6.7</u>	-	4 <u>26.7</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	9 <u>17.0</u>	33 <u>62.3</u>	1 <u>1.9</u>	5 <u>5.7</u>	-	-	1 <u>1.9</u>	4 <u>7.5</u>
Skeletterkrankungen	9 <u>23.7</u>	22 <u>57.9</u>	-	4 <u>7.9</u>	1 <u>2.6</u>	1 <u>2.6</u>	-	2 <u>5.3</u>
Neurodermitis	-	4 <u>7.8</u>	14 <u>27.5</u>	19 <u>37.3</u>	3 <u>5.9</u>	1 <u>2.0</u>	-	10 <u>19.6</u>
Psoriasis	-	7 <u>41.2</u>	2 <u>11.8</u>	6 <u>35.3</u>	1 <u>5.6</u>	-	-	1 <u>5.9</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	3 <u>15.8</u>	1 <u>5.3</u>	2 <u>10.5</u>	7 <u>36.8</u>	3 <u>15.8</u>	-	-	3 <u>15.8</u>
Vegetative Erschöpfung	17 <u>30.9</u>	22 <u>40.0</u>	4 <u>7.3</u>	6 <u>10.9</u>	2 <u>3.6</u>	-	-	4 <u>7.3</u>
Stoffwechselstörungen	-	3 <u>50.0</u>	-	2 <u>33.3</u>	-	-	-	1 <u>16.7</u>
Andere Diagnosen	3 <u>12.0</u>	6 <u>24.0</u>	5 <u>20.0</u>	6 <u>24.0</u>	-	-	-	5 <u>20.0</u>

Abs. Häufigkeiten:

linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeit sverteilungen innerhalb einer Zeile.

Dauer der Berufsunfähigkeit:

1. Gesamtstichprobe:	abs. H.	rel. H. (%)
0 entfällt	376	47.7
1 weniger als 1 Jahr	102	12.9
2 1-2 Jahre	43	5.5
3 2-5 Jahre	40	5.1
4 5-10 Jahre	22	2.8
5 mehr als 10 Jahre	21	2.7

2. Diagnosegruppen:	Median	Mittelwert $\bar{X}$	Standardwert SD
Normalpersonen	0	0.43	1.27
Patienten insges.	0	1.00	1.35
Krebs	1	1.60	1.60
Krebs (Mehrfachbelast.)	0	0.93	1.38
Herz (Infarkt/KHK)	1	0.83	0.85
Herz (Mehrfachbelast.)	1	1.13	1.32
Herz (Mfb/Arthrosen)	5	1.27	1.64
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	1	2.00	2.07
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	0	0.77	1.21
Skeletterkrankungen	0	0.87	1.50
Neurodermitis	0	0.43	0.70
Psoriasis	0	0.79	1.31
Hauterkrankungen (Mfb)	0	0.75	1.07
Vegetative Erschöpfung	0	0.44	0.89
Stoffwechselstörungen	0	0.20	0.45

Arbeitszeit pro Woche
für den zuletzt ausgeübten Beruf

1. Gesamtstichprobe:

	abs. H.	rel. H. (%)
0 entfällt	150	19.0
1 0-20 Stunden	43	5.5
2 21-40 Stunden	343	43.5
3 41-50 Stunden	128	16.2
4 51-60 Stunden	27	3.4
5 61-70 Stunden	10	1.3
6 mehr als 70 Stunden	16	2.0

2. Diagnosegruppen:

	Median	Mittelwert $\bar{x}$	Standardwert SD
Normalpersonen	2	1.81	1.17
Patienten insges.	2	1.94	1.35
Krebs	1	1.32	1.38
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	1.80	1.15
Herz (Infarkt/KHK)	2	2.47	1.28
Herz (Mehrfachbelast.)	2	2.38	1.28
Herz (Mfb/Arthrosen)	2	2.22	1.60
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	2	2.27	1.68
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	2	2.14	0.91
Skeletterkrankungen	2	2.27	1.37
Neurodermitis	2	1.55	1.31
Psoriasis	2	1.81	0.91
Hauterkrankungen (Mfb)	2	1.55	1.47
Vegetative Erschöpfung	2	2.29	1.26
Stoffwechselstörungen	2.5	2.17	1.17
Andere Diagnosen	2	1.78	1.24

Nettoeinkommen des Haushaltes:

1. Gesamtstichprobe:	abs. H.	rel. H. (%)
1 unter 1000 DM	96	12.2
2 1001-2000 DM	273	34.6
3 2001-3000 DM	230	29.2
4 3001-4000 DM	83	10.5
5 4001-6000 DM	48	6.1
6 mehr als 6000 DM	11	1.4

2. Diagnosegruppen:	Median	Mittelwert $\bar{x}$	Standardwert SD
Normalpersonen	3	2.65	1.22
Patienten insges.	2	2.66	1.10
Krebs	3	3.10	1.22
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	2.41	0.71
Herz (Infarkt/KHK)	2	2.45	0.85
Herz (Mehrfachbelast.)	2	2.51	1.03
Herz (Mfb/Arthrosen)	2	1.46	0.85
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	3	2.87	0.64
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	2	2.62	0.95
Skeletterkrankungen	2	2.49	1.02
Neurodermitis	2	2.48	1.27
Psoriasis	3	2.83	0.99
Hauterkrankungen (Mfb)	2.5	2.67	1.53
Vegetative Erschöpfung	3	2.64	1.03
Stoffwechselstörungen	2	2.17	0.75
Andere Diagnosen	3	2.70	1.36

	Arbeiter- klasse	einfacher M. stand	gehobener M. stand	Oberschicht	andere
Gesamtstichprobe:	241 <u>30.6</u>	348 <u>44.2</u>	161 <u>20.4</u>	6 <u>0.8</u>	13 <u>1.6</u>
Normalpersonen	33 <u>16.8</u>	94 <u>47.7</u>	62 <u>31.5</u>	2 <u>1.0</u>	6 <u>1.2</u>
Patienten insges.	208 <u>37.1</u>	243 <u>43.3</u>	99 <u>17.6</u>	4 <u>0.7</u>	7 <u>3.0</u>
Krebs	12 <u>11.1</u>	54 <u>50.0</u>	41 <u>38.0</u>	-	1 <u>0.9</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	9 <u>52.9</u>	6 <u>35.3</u>	2 <u>11.8</u>	-	-
Herz (Infarkt/KHK)	26 <u>59.1</u>	18 <u>40.9</u>	-	-	-
Herz (Mehrfachbelast.)	36 <u>56.3</u>	21 <u>32.8</u>	4 <u>6.3</u>	2 <u>3.1</u>	1 <u>1.6</u>
Herz (Hfb/Arthrosen)	20 <u>57.1</u>	13 <u>37.1</u>	2 <u>5.7</u>	-	-
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	6 <u>40.0</u>	7 <u>46.7</u>	2 <u>13.3</u>	-	-
Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	28 <u>51.9</u>	21 <u>38.9</u>	5 <u>9.3</u>	-	-
Skeletterkrankungen	22 <u>57.9</u>	12 <u>31.6</u>	4 <u>10.5</u>	-	-
Neurodermitis	5 <u>8.6</u>	29 <u>50.0</u>	21 <u>36.2</u>	1 <u>1.7</u>	2 <u>3.4</u>
Psoriasis	3 <u>16.7</u>	13 <u>72.2</u>	2 <u>11.1</u>	-	-
Hauterkrankungen (Hfb)	6 <u>27.3</u>	8 <u>36.4</u>	5 <u>22.7</u>	-	3 <u>13.6</u>
Vegetative Erschöpfung	28 <u>49.1</u>	24 <u>42.1</u>	4 <u>7.0</u>	1 <u>1.8</u>	-
Stoffwechselstörungen	1 <u>16.7</u>	4 <u>66.7</u>	1 <u>16.7</u>	-	-
Andere Diagnosen	6 <u>24.0</u>	13 <u>52.0</u>	6 <u>24.0</u>	-	-

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe
 Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)
 Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile

Anzahl der Personen pro Haushalt

1. Gesamtstichprobe:

	abs. H.	rel. H. (%)
1 Ein-Person-Haushalt	112	14.2
2 Zwei-Person-Haushalt	290	36.8
3 3-4 Personen-Haushalt	273	34.6
4 5 und mehr Personen	57	7.2

2. Diagnosegruppen:

	Median	Mittelwert $\bar{x}$	Standardwert SD
Normalpersonen	2	2.40	1.28
Patienten insges.	2	2.73	1.29
Krebs	2	2.22	1.03
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	2.50	1.41
Herz (Infarkt/KHK)	3	3.02	1.28
Herz (Mehrfachbelast.)	3	3.05	1.11
Herz (Mfb/Arthrosen)	2	2.67	1.90
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	2	2.67	0.98
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	2	2.75	1.41
Skeletterkrankungen	3	3.08	1.42
Neurodermitis	2	2.83	1.23
Psoriasis	2	2.06	0.83
Hauterkrankungen (Mfb)	2	2.05	1.05
Vegetative Erschöpfung	3	3.29	1.30
Stoffwechselstörungen	3	3.00	0.71
Andere Diagnosen	3	3.08	0.93

Zahl der Kinder pro Haushalt

1. Gesamtstichprobe:		abs. H.	rel. H. (%)
0	keine Kinder	50	6.3
1	Ein Kind	184	23.4
2	Zwei Kinder	199	25.3
3	Drei Kinder	99	12.5
4	Fünf und mehr Kinder	23	3.0

2. Diagnosegruppen:	Median	Mittelwert $\bar{x}$	Standardwert SD
Normalpersonen	1	1.18	0.87
Patienten insges.	2	2.05	1.34
Krebs	2	1.57	0.97
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	2.33	1.59
Herz (Infarkt/KHK)	2	2.24	1.45
Herz (Mehrfachbelast.)	2	2.18	1.18
Herz (Hfb/Arthrosen)	2	2.33	1.27
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	2	2.00	1.13
Kreislauf (Hfb/Arthrosen)	2	2.23	1.59
Skeletterkrankungen	2	2.32	1.45
Neurodermitis	2	1.43	0.81
Psoriasis	1	1.20	0.45
Hauterkrankungen (Hfb)	1	1.25	0.89
Vegetative Erschöpfung	2	2.50	1.70
Stoffwechselstörungen	2	2.50	1.76
Andere Diagnosen	2	2.05	0.97

Größe des Geburtsortes

1. Gesamtstichprobe:			abs. H.	rel. H. (%)
1	unter 1000 Einwohner		111	14.1
2	1000-10 000	Einw.	164	20.8
3	10 000-50 000	Einw.	184	23.4
4	50 000-100 000	Einw.	83	10.5
5	100 000-500 000	Einw.	104	13.2
6	über 500 000 Einw.		122	15.5

2. Diagnosegruppen:	Median	Mittel- wert $\bar{X}$	Standard- wert SD
Normalpersonen	3	3.76	1.82
Patienten insges.	3	3.21	1.57
Krebs	3	3.54	1.82
Krebs (Mehrfachbelast.)	2	2.59	1.42
Herz (Infarkt/KHK)	3	3.42	1.47
Herz (Mehrfachbelast.)	3	2.90	1.46
Herz (Mfb/Arthrosen)	3	2.89	1.39
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	3	3.00	1.62
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	3	2.88	1.60
Skeletterkrankungen	3	3.03	1.40
Neurodermitis	3	3.30	1.50
Psoriasis	3	3.33	1.91
Hauterkrankungen (Mfb)	4	4.23	1.41
Vegetative Erschöpfung	3	3.16	1.42
Stoffwechselstörungen	3	2.83	0.75
Andere Diagnosen	3	2.96	1.23

Größe des Wohnortes

1. Gesamtstichprobe:		abs. H.	rel. H. (%)
1	unter 1000 Einwohner	49	6.2
2	1000-10 000 Einw.	107	13.6
3	10 000-50 000 Einw.	200	25.4
4	50 000-100 000 Einw.	101	12.8
5	100 000-500 000 Einw.	120	15.2
6	über 500 000 Einw.	196	24.9

2. Diagnosegruppen:	Median	Mittelwert $\bar{x}$	Standardwert SD
Normalpersonen	6	5.02	1.50
Patienten insges.	3	3.55	1.45
Krebs	3	3.95	1.63
Krebs (Mehrfachbelast.)	3	3.00	1.54
Herz (Infarkt/KHK)	3	3.50	1.28
Herz (Mehrfachbelast.)	3	3.45	1.21
Herz (Mfb/Arthrosen)	3	3.32	1.38
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	3	3.50	1.37
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	4	3.59	1.38
Skeletterkrankungen	3	3.21	1.17
Neurodermitis	3	3.22	1.49
Psoriasis	3	3.67	1.81
Hauterkrankungen (Mfb)	5	4.67	1.35
Vegetative Erschöpfung	3	3.45	1.17
Stoffwechselstörungen	3	3.67	1.86
Andere Diagnosen	3	3.12	1.51

Wohnung: Miete oder Eigentum

	Miete		Eigentum	
Gesamtstichprobe:	427	<u>50.5</u>	348	<u>44.2</u>
Normalpersonen	142	<u>70.3</u>	285	<u>29.7</u>
Patienten insges.	60	<u>29.7</u>	288	<u>50.3</u>
Krebs	54	<u>47.8</u>	59	<u>52.2</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	6	<u>35.3</u>	11	<u>64.7</u>
Herz (Infarkt/KHK)	25	<u>55.6</u>	20	<u>44.4</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	32	<u>48.5</u>	34	<u>51.5</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	16	<u>43.2</u>	21	<u>56.8</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	8	<u>47.1</u>	9	<u>52.9</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	31	<u>56.4</u>	24	<u>43.6</u>
Skeletterkrankungen	23	<u>59.0</u>	16	<u>41.0</u>
Neurodermitis	29	<u>50.0</u>	29	<u>50.0</u>
Psoriasis	12	<u>66.7</u>	6	<u>33.3</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	15	<u>68.2</u>	7	<u>31.8</u>
Vegetative Erschöpfung	19	<u>33.9</u>	37	<u>66.1</u>
Stoffwechselstörungen	3	<u>50.0</u>	3	<u>50.0</u>
Andere Diagnosen	12	<u>50.0</u>	12	<u>50.0</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

	Mofa, Moped	Motorrad	PKW	LKW	Keinen
Gesamtstichprobe:	61 <u>7.7</u>	128 <u>16.2</u>	577 <u>70.7</u>	87 <u>11.0</u>	160 <u>20.3</u>
Normalpersonen	31 <u>15.4</u>	35 <u>17.4</u>	158 <u>78.9</u>	87 <u>11.0</u>	36 <u>17.9</u>
Patienten insges.	30 <u>5.2</u>	93 <u>16.2</u>	399 <u>69.4</u>	72 <u>12.5</u>	124 <u>21.6</u>
Krebs	2 <u>1.8</u>	13 <u>11.5</u>	78 <u>68.4</u>	8 <u>7.0</u>	32 <u>28.1</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	- -	1 <u>6.3</u>	12 <u>75.0</u>	5 <u>31.3</u>	2 <u>12.5</u>
Herz (Infarkt/KHK)	1 <u>2.2</u>	11 <u>24.4</u>	34 <u>75.6</u>	6 <u>13.3</u>	10 <u>22.2</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	6 <u>9.4</u>	13 <u>20.3</u>	43 <u>67.2</u>	8 <u>15.5</u>	11 <u>17.2</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	3 <u>8.1</u>	5 <u>13.5</u>	23 <u>62.2</u>	4 <u>10.8</u>	9 <u>24.3</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	3 <u>18.8</u>	6 <u>35.3</u>	11 <u>64.7</u>	2 <u>11.8</u>	5 <u>29.4</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	4 <u>7.1</u>	5 <u>8.9</u>	32 <u>57.1</u>	10 <u>17.9</u>	13 <u>23.2</u>
Skeletterkrankungen	- -	10 <u>26.3</u>	26 <u>68.4</u>	11 <u>28.9</u>	8 <u>21.1</u>
Neurodermitis	7 <u>11.5</u>	10 <u>16.4</u>	48 <u>78.7</u>	1 <u>1.6</u>	10 <u>16.4</u>
Psoriasis	2 <u>11.1</u>	1 <u>5.6</u>	13 <u>72.2</u>	4 <u>22.2</u>	2 <u>11.1</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	- -	5 <u>22.7</u>	18 <u>81.8</u>	1 <u>4.5</u>	3 <u>13.6</u>
Vegetative Erschöpfung	- -	7 <u>12.5</u>	37 <u>66.1</u>	9 <u>16.1</u>	14 <u>25.0</u>
Stoffwechselstörungen	1 <u>16.7</u>	1 <u>16.7</u>	5 <u>83.3</u>	1 <u>16.7</u>	- -
Andere Diagnosen	1 <u>4.0</u>	5 <u>20.0</u>	19 <u>76.0</u>	2 <u>8.0</u>	5 <u>20.0</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

	Lebensun- fallv.	Hausrat	Private Haftpflcht	Vollkasko	Rechts- schutz	Private Krankenv.	sonstige	keine
Gesamtstichprobe:	514 <u>65.2</u>	550 <u>69.8</u>	485 <u>61.5</u>	163 <u>20.7</u>	329 <u>41.8</u>	131 <u>16.6</u>	115 <u>14.6</u>	60 <u>7.6</u>
Normalpersonen	110 <u>53.9</u>	108 <u>52.9</u>	118 <u>57.8</u>	34 <u>16.7</u>	63 <u>30.9</u>	44 <u>21.6</u>	32 <u>15.7</u>	36 <u>17.7</u>
Patienten insges.	404 <u>69.3</u>	442 <u>76.7</u>	367 <u>63.7</u>	129 <u>22.1</u>	266 <u>46.2</u>	87 <u>15.1</u>	83 <u>14.4</u>	24 <u>4.2</u>
Krebs	65 <u>57.0</u>	96 <u>84.2</u>	73 <u>64.0</u>	31 <u>27.2</u>	42 <u>36.8</u>	22 <u>19.3</u>	14 <u>12.3</u>	3 <u>2.7</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	12 <u>70.6</u>	14 <u>92.4</u>	13 <u>76.5</u>	3 <u>17.6</u>	10 <u>58.8</u>	1 <u>5.9</u>	2 <u>11.8</u>	-
Herz (Infarkt/KHK)	34 <u>75.6</u>	37 <u>92.2</u>	31 <u>68.9</u>	13 <u>28.9</u>	23 <u>51.1</u>	8 <u>17.8</u>	5 <u>11.1</u>	3 <u>6.7</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	48 <u>73.8</u>	51 <u>78.5</u>	40 <u>61.5</u>	7 <u>10.8</u>	30 <u>46.2</u>	5 <u>7.7</u>	7 <u>10.8</u>	1 <u>1.5</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	28 <u>73.7</u>	29 <u>76.3</u>	20 <u>52.6</u>	9 <u>23.7</u>	15 <u>39.5</u>	2 <u>5.3</u>	5 <u>13.2</u>	-
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 <u>70.6</u>	14 <u>82.4</u>	15 <u>88.2</u>	5 <u>29.4</u>	10 <u>58.8</u>	2 <u>11.8</u>	2 <u>11.8</u>	-
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	40 <u>74.1</u>	48 <u>88.9</u>	33 <u>61.1</u>	12 <u>22.2</u>	20 <u>37.0</u>	4 <u>7.4</u>	9 <u>16.7</u>	1 <u>1.9</u>
Skeletterkrankungen	31 <u>79.5</u>	34 <u>87.2</u>	29 <u>74.4</u>	10 <u>25.6</u>	23 <u>59.0</u>	5 <u>12.8</u>	7 <u>17.9</u>	-
Neurodermitis	39 <u>65.0</u>	27 <u>45.0</u>	31 <u>51.7</u>	9 <u>15.0</u>	30 <u>50.0</u>	14 <u>23.3</u>	8 <u>13.3</u>	10 <u>16.7</u>
Psoriasis	15 <u>83.3</u>	11 <u>61.1</u>	10 <u>55.6</u>	6 <u>33.3</u>	10 <u>55.6</u>	3 <u>16.7</u>	3 <u>16.7</u>	1 <u>5.6</u>
Hauterkrankungen (Mfb)	10 <u>45.5</u>	13 <u>59.1</u>	11 <u>50.0</u>	5 <u>22.7</u>	9 <u>40.9</u>	5 <u>22.7</u>	7 <u>31.8</u>	2 <u>9.1</u>
Vegetative Erschöpfung	48 <u>84.2</u>	47 <u>82.5</u>	40 <u>70.2</u>	13 <u>22.8</u>	32 <u>56.1</u>	12 <u>21.1</u>	7 <u>12.3</u>	2 <u>3.5</u>
Stoffwechselstörungen	4 <u>66.7</u>	6 <u>100</u>	6 <u>100</u>	2 <u>33.3</u>	3 <u>50.0</u>	2 <u>33.3</u>	2 <u>33.3</u>	-
Andere Diagnosen	18 <u>75.0</u>	15 <u>62.5</u>	15 <u>62.5</u>	4 <u>16.7</u>	9 <u>37.5</u>	2 <u>8.3</u>	5 <u>20.8</u>	1 <u>4.2</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe
Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitsverteilungen innerhalb einer Zeile.

Zugehörigkeit zu einem Verein, einer Vereinigung

1

2. Diagnosegruppen:	Sport- verein	Berufs- verband	polit. Partei	keinem
Normalpersonen	225 <u>28.6</u>	217 <u>27.5</u>	62 <u>7.9</u>	295 <u>37.4</u>
Normalpersonen	54 <u>27.1</u>	62 <u>31.3</u>	23 <u>11.6</u>	87 <u>44.4</u>
Patienten insges.	171 <u>29.8</u>	155 <u>27.1</u>	39 <u>6.8</u>	208 <u>36.4</u>
Krebs	39 <u>34.8</u>	13 <u>11.6</u>	5 <u>4.4</u>	56 <u>49.6</u>
Krebs (Mehrfachbelast.)	4 <u>25.0</u>	6 <u>37.5</u>	1 <u>6.3</u>	6 <u>37.5</u>
Herz (Infarkt/KHK)	10 <u>22.0</u>	25 <u>55.6</u>	3 <u>6.7</u>	12 <u>26.7</u>
Herz (Mehrfachbelast.)	16 <u>34.6</u>	27 <u>41.6</u>	5 <u>7.7</u>	15 <u>23.1</u>
Herz (Mfb/Arthrosen)	8 <u>21.1</u>	13 <u>35.1</u>	5 <u>13.5</u>	11 <u>29.7</u>
Kreislauf (Hyper/Dyst.)	3 <u>17.6</u>	4 <u>25.0</u>	1 <u>6.3</u>	4 <u>25.0</u>
Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	12 <u>22.2</u>	13 <u>24.1</u>	5 <u>9.3</u>	18 <u>33.3</u>
Skeletterkrankungen	12 <u>31.6</u>	14 <u>36.8</u>	2 <u>5.3</u>	13 <u>23.2</u>
Neurodermitis	26 <u>42.6</u>	6 <u>9.8</u>	4 <u>6.6</u>	31 <u>50.0</u>
Psoriasis	7 <u>38.9</u>	1 <u>5.6</u>		8 <u>44.4</u>
Häuterkrankungen (Mfb)	3 <u>13.6</u>	3 <u>13.6</u>	1 <u>4.5</u>	12 <u>54.5</u>
Vegetative Erschöpfung	20 <u>35.7</u>	18 <u>32.1</u>	4 <u>7.1</u>	13 <u>23.2</u>
Stoffwechselstörungen	2 <u>33.3</u>	1 <u>16.7</u>	2 <u>33.3</u>	2 <u>33.3</u>
Andere Diagnosen	9 <u>36.0</u>	11 <u>44.0</u>	1 <u>4.0</u>	10 <u>40.0</u>

Abs. Häufigkeiten: linke Zahlenreihe

Rel. Häufigkeiten (in %): rechte Zahlenreihe (unterstrichen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeitesverteilungen innerhalb einer Zeile.

Primärfaktoren der Patientengruppe, nach Sekundärfaktoren geordnet.

	<u>Patientengruppe:</u>
.80	Morgenmüdigkeit
.77	Schlafstörungen
.72	Muskelverspannungen
.72	Nicht abschalten können
.71	Seelische Belastungen ("Druck")
.65	Psychisch bedingte Beschwerden
.62	Arbeitsbelastung
.57	Leistungseinschränkung
-.57	Entspannungsfähigkeit
.52	Erschöpfung
.83	Kontaktfreude
.82	Gesprächigkeit
.79	Geselligkeit
.77	Gesprächsbereitschaft
.77	Verbale Faszinationskraft
.67	Organisationsfreude
.66	Attraktivität
.63	Verbale Beeinflussung
.51	Sicheres Auftreten
.86	Mangelnde Überzeugungskraft
.86	Redehemmung
.80	Mangelnde Redegewandtheit
.79	Unsicherheit im Gespräch
.74	Schüchternheit
.73	Schweigsamkeit
.66	Ablehnung erfahren
.81	Besitzstreben
.80	Leistungsorientierung
.60	Entschlußkraft
.55	Selbstvertrauen
.84	Pessimismus
.73	Kummer und Sorgen
.68	Schwierigkeiten im Leben
.59	Resignation
-.54	Optimismus
.75	Selbstbestimmung
.75	Private Freiheit

Primärfaktoren der Patientengruppe, nach Sekundärfaktoren geordnet
(Fortsetzung).

	<u>Patientengruppe:</u>
.76	Gewissenhaftigkeit
.64	Aufmerksamkeit widmen
.57	Gehör
.50	Offenheit
.45	Genauigkeit
.43	Konfliktlösungsfertigkeiten
.77	Abwesenheit von Ärger
.63	Ärgerkontrolle
-.59	Reizbarkeit
.73	Wahrung der Privatsphäre
.71	Emotionale Zurückhaltung
.64	Verdrängung
.54	Soziales Desinteresse

Primärfaktoren der Normalgruppe, nach Sekundärfaktoren geordnet.

	<u>Normalgruppe:</u>
.83	Gesprächigkeit
.82	Geselligkeit
.81	Kontaktfreude
.73	Gesprächsbereitschaft
.61	Verbale Faszinationskraft
.58	Organisationsfreude
.50	Überzeugungskraft
-.48	Soziales Desinteresse
.88	Mangelnde Redegewandtheit
.87	Mangelnde Überzeugungskraft
.85	Unsicherheit im Gespräch
.79	Redehemmungen
.72	Schweigsamkeit
.67	Schüchternheit
.51	Ablehnung erfahren
.80	Besitzstreben
.80	Leistungsorientierung
.47	Genauigkeit
.83	Private Freiheit
.76	Selbstbestimmung
.73	Aufmerksamkeit widmen
.70	Gewissenhaftigkeit
.86	Ärgerkontrolle
.78	Abwesenheit von Ärger
.61	Emotionale Zurückhaltung
.62	Wahrung der Privatsphäre
.55	Reizbarkeit
.46	Verdrängung
.71	Offenheit
.60	Entschlußkraft
.59	Konfliktlösungsfertigkeiten
.56	Selbstvertrauen
.45	Sicheres Auftreten
.58	Attraktivität
.45	Gehör finden

Primärfaktoren der Normalgruppe, nach Sekundärfaktoren
geordnet (Fortsetzung).

<u>Normalgruppe:</u>	
.83	Kummer und Sorgen
.79	Seelische Belastungen ("Druck")
.75	Pessimismus
.73	Schwierigkeiten im Leben
.70	Nicht abschalten können
.69	Resignation
.68	Psychisch bedingte Beschwerden
.68	Muskelverspannung
.66	Arbeitsbelastung
.58	Leistungseinschränkung
.57	Erschöpfung
.56	Morgenmüdigkeit
.52	Schlafstörungen
-.50	Optimismus
-.42	Entspannungsfähigkeit

```
Faktor 1: "Freizeit"
Faktor 2: "Familie/Partner
Faktor 3: "Beruf/Lebensstand-
ard"
Faktor 4: "Zukunft"
Faktor 5: "Gesundheit"
```


Faktoren- und Varianzanalyse des Kriteriums "Lebensstil"
(Faktoren mit Eigenwerten >1 berücksichtigt)

LADUNGEN VARIMAX (WILLBR.) ROTIERT (Ladungen < .400

⇒ -)

Variablen	Faktoren				COM
	Fortschritts- denken	Sicherheits- orientierung	Soziales Engagement	Arbeitsfrust	
48 Stil-1	-	0.445	0.622	-	.648
49 Stil-2	-	0.838	-	-	.728
50 Stil-3	-	0.795	-	-	.669
51 Stil-4	-.760	-	-	-	.721
52 Stil-5	-.641	-	-	-	.608
53 Stil-6	-	-	0.851	-	.781
54 Stil-7	-.719	-	-	-	.664
55 Stil-8	-	-	-	-.889	.806
56 Stil-9	-.621	-	-	-	.525

SPEARMAN-BROWN Reliabilität des Faktors	1	.748	(7 Variable)
SPEARMAN-BROWN Reliabilität des Faktors	2	-.017	(5 Variable)
SPEARMAN-BROWN Reliabilität des Faktors	3	.398	(7 Variable)
SPEARMAN-BROWN Reliabilität des Faktors	4	-.018	(6 Variable)

Berechnung der SPEARMAN-BROWN-Reliabilität eines Faktors
nach D. REVENSTORF.

Faktoren	Varianz		
	Eigenwert	KUM (in %)	GES (in %)
Fortschrittsdenken	1.951	31.722	31.722
Sicherheitsorientierung	1.757	60.301	28.580
Soziales Engagement	1.324	81.831	21.530
Arbeitsfrust	1.117	100.000	18.169

ad: Varianzanalyse der Sekundärfaktoren:

Erfolgsstreben:

Besonnenheit:

Selbstbestimmung:

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD	COUNT	MEAN	STANDARD	COUNT	MEAN	STANDARD
			DEVIATION			DEVIATION			DEVIATION
GRP 1	193	13.4052	2.8689	191	16.8236	2.2378	199	17.0117	2.7804
GRP 2	108	13.0801	2.7820	107	17.3131	2.0498	111	17.3399	3.2441
GRP 3	17	13.8382	2.0861	16	16.3406	2.4015	17	17.0039	2.5729
GRP 4	43	15.2721	4.0821	42	17.4238	2.2729	43	17.3876	3.4272
GRP 5	62	14.9887	3.1177	58	17.2060	2.4284	64	17.3240	3.1085
GRP 6	37	13.7622	2.9409	36	16.6972	1.9867	36	17.0148	2.8511
GRP 7	14	12.0143	3.3820	13	16.5692	2.8173	14	16.7190	3.0101
GRP 8	53	15.0821	3.2770	49	17.6959	1.7881	52	18.1026	2.9062
GRP 9	60	13.0400	3.4304	61	17.3738	2.1995	61	16.7792	3.4044
GRP10	18	13.4028	3.8138	18	16.9444	2.1031	18	17.0370	3.5089
GRP11	21	13.0619	3.1009	20	16.3350	2.5396	21	16.8762	3.6714
GRP12	56	13.1223	3.0952	53	16.9283	2.3652	56	15.5964	3.0894
GRP13	38	15.4132	2.6425	36	17.8139	2.4080	38	17.6895	2.6597
GRP14	6	16.0833	1.8143	6	17.7417	2.9474	6	18.4444	1.5587
TOTAL	726	13.7918	3.1793	706	17.1202	2.2523	736	17.0983	3.0717

Soziale Kompetenz:

Emotionale Kontrolle:

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD	COUNT	MEAN	STANDARD
			DEVIATION			DEVIATION
GRP 1	191	13.7037	3.0628	193	13.3969	2.7292
GRP 2	99	12.7609	2.9747	105	13.8990	2.5521
GRP 3	16	11.5972	3.0616	17	14.9324	2.6118
GRP 4	41	12.9919	3.2230	43	14.4686	2.1093
GRP 5	59	13.0930	3.4315	61	14.4393	2.7150
GRP 6	34	12.2242	2.8888	35	14.4843	2.3812
GRP 7	14	11.9286	4.0281	13	13.7154	2.9624
GRP 8	47	14.0312	3.3933	51	14.5157	2.5133
GRP 9	58	13.8851	3.3858	61	13.3230	2.6041
GRP10	18	12.9889	3.0164	18	14.0028	1.7023
GRP11	21	13.6053	3.1456	20	13.7600	3.1413
GRP12	54	12.2082	2.6957	53	13.9934	2.5771
GRP13	34	13.7340	3.6015	36	14.5236	2.8341
GRP14	5	12.8711	3.2067	6	16.1250	1.7801
TOTAL	691	13.2112	3.1983	712	13.9446	2.6358

ad: Varianzanalyse der Sekundärfaktoren:

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION
GRP 1	199	10.5075	4.2251	192	9.7777	2.9400	198	12.3657	3.4390
GRP 2	110	11.0655	3.6015	106	10.1305	2.7528	108	13.9611	3.2482
GRP 3	16	10.6875	3.5725	16	11.3161	3.1255	16	14.3583	2.2738
GRP 4	43	11.5335	4.1049	42	11.5959	3.8411	44	14.4488	2.9807
GRP 5	62	10.8516	3.4193	60	10.7662	2.8560	63	15.2063	2.8717
GRP 6	37	11.0432	4.2233	35	11.0016	3.2080	36	14.0766	3.4312
GRP 7	15	10.9333	3.6345	11	10.4898	3.6618	14	13.0429	3.8743
GRP 8	51	10.9922	3.3828	48	11.0905	3.2491	50	14.6480	2.7962
GRP 9	61	9.8137	3.6079	58	9.7621	2.9833	61	12.0251	3.3437
GRP10	18	10.9444	3.8726	18	10.7619	3.1703	18	13.4778	3.7062
GRP11	21	11.2381	5.1177	21	10.2925	2.8501	21	12.5937	3.7062
GRP12	56	10.0029	3.5286	55	11.5117	3.4157	56	14.0917	3.4083
GRP13	37	10.9946	4.2871	34	11.7050	3.1282	37	14.9135	3.5243
GRP14	6	9.8333	4.5789	5	10.1429	3.2764	6	14.6667	2.7649
TOTAL	732	10.7164	3.9279	704	10.4977	3.1450	728	13.5612	3.4349

Strebreaktionen:

Negative Lebenserfahrungen:

GROUP	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION	COUNT	MEAN	STANDARD DEVIATION
GRP 1	191	10.7817	2.8019	193	10.1921	2.7068
GRP 2	104	13.0387	3.3148	107	12.3873	3.4910
GRP 3	17	13.6729	3.4927	16	12.0925	2.4752
GRP 4	41	13.6859	3.7791	43	11.9414	2.9513
GRP 5	59	13.9803	3.2937	61	12.9666	3.4955
GRP 6	34	13.7635	3.7268	34	12.4518	3.0908
GRP 7	13	12.5954	3.0213	12	11.8333	2.7513
GRP 8	49	14.1690	3.5348	53	12.1343	3.0942
GRP 9	60	12.7050	3.4262	61	10.8144	2.7330
GRP10	17	12.7941	3.4126	17	11.1859	3.4942
GRP11	20	13.8470	3.1726	20	11.5140	3.3376
GRP12	52	15.5746	3.6979	56	13.2086	3.5619
GRP13	36	13.1033	3.1914	38	12.3147	3.2417
GRP14	6	11.8667	3.0018	6	11.9333	1.9541
TOTAL	699	12.8315	3.5692	717	11.6573	3.2499

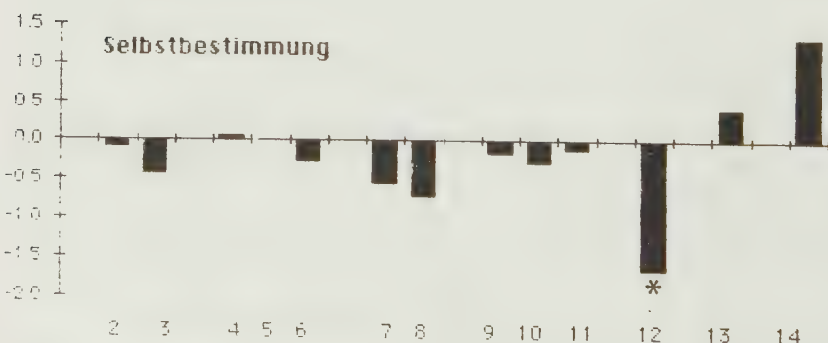
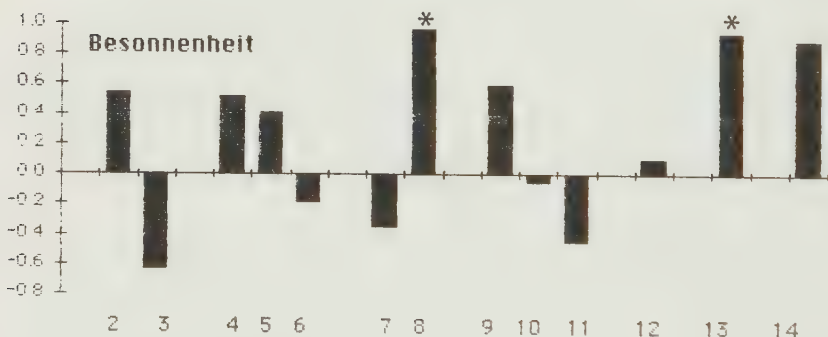
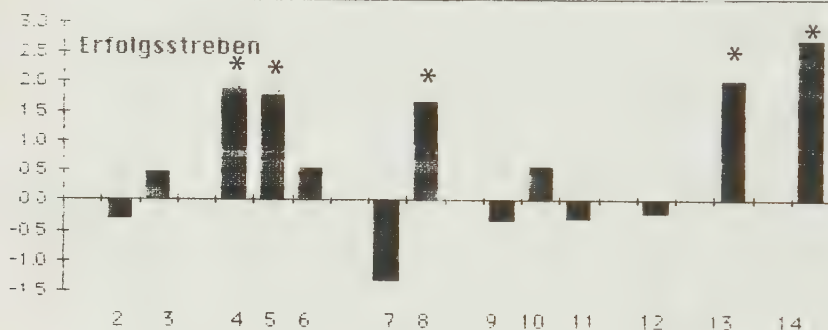
Konfliktverteilung:

Tabletten-Summenwert

GRP	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
GRP 1	205	2.24	.57	170	3.64	.46	70	2.97	.28	184	2.70	.38	184	1.63	.43
GRP 2	115	2.36	.67	48	3.37	.61	40	2.84	.35	84	2.83	.37	82	2.06	.50
GRP 3	17	2.31	.44	10	3.42	.49	11	3.02	.39	14	2.92	.46	10	2.45	.48
GRP 4	45	2.46	.62	30	3.86	.52	31	3.03	.38	37	2.73	.47	31	2.08	.57
GRP 5	67	2.52	.74	35	3.64	.56	39	2.97	.41	50	2.93	.47	39	1.93	.42
GRP 6	38	2.33	.59	13	3.55	.57	20	2.98	.51	28	2.92	.33	18	2.38	.48
GRP 7	17	2.09	.80	7	3.67	.36	9	3.02	.46	8	2.91	.63	10	2.16	.49
GRP 8	56	2.51	.70	24	3.62	.54	35	3.08	.48	41	3.00	.46	24	2.34	.41
GRP 9	61	2.33	.48	51	3.55	.55	18	3.09	.40	58	2.75	.45	49	1.63	.34
GRP 10	18	2.51	.47	12	3.67	.36	5	2.95	.88	14	2.75	.49	18	1.71	.31
GRP 11	22	2.37	.67	18	3.53	.53	6	2.86	.54	20	2.72	.44	15	1.96	.42
GRP 12	57	2.58	.72	38	3.58	.57	44	2.87	.45	48	2.73	.43	41	2.38	.51
GRP 13	39	2.51	.51	23	3.62	.60	25	3.13	.33	29	2.94	.43	31	2.11	.59
Typ-A-Summenwert				Lebensqualität-Summenwert				Lebenszufriedenheit-Summenwert				Lebensgewandtheit-Beschwerden-Summenwert			

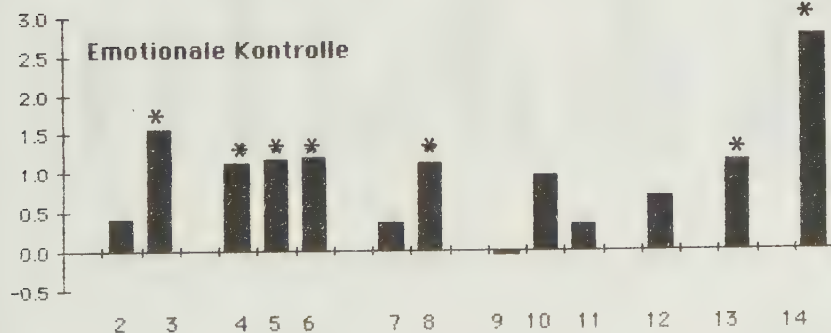
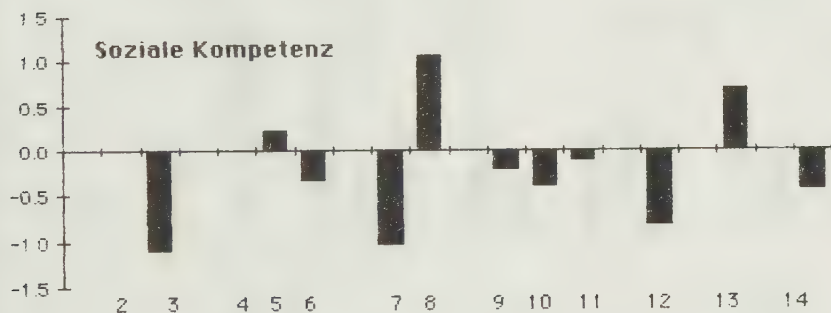
Erfolgsorientierung (I)

1 Normalgruppe)	6 Herz (Mfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelast.)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelast.)	8 Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelast.)	10 Psoriasis	



Erfolgsorientierung (II)

(1 Normalgruppe)	6 Herz (Mfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelast.)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelast.)	8 Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelast.)	10 Psoriasis	



Streß

(1 Normalgruppe)

2 Krebs

3 Krebs (Mehrfachbelast.)

4 Herz

5 Herz (Mehrfachbelast.)

6 Herz (MfB/Arthrosen)

7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)

8 Kreislauf (MfB/Arthrosen)

9 Neurodermitis

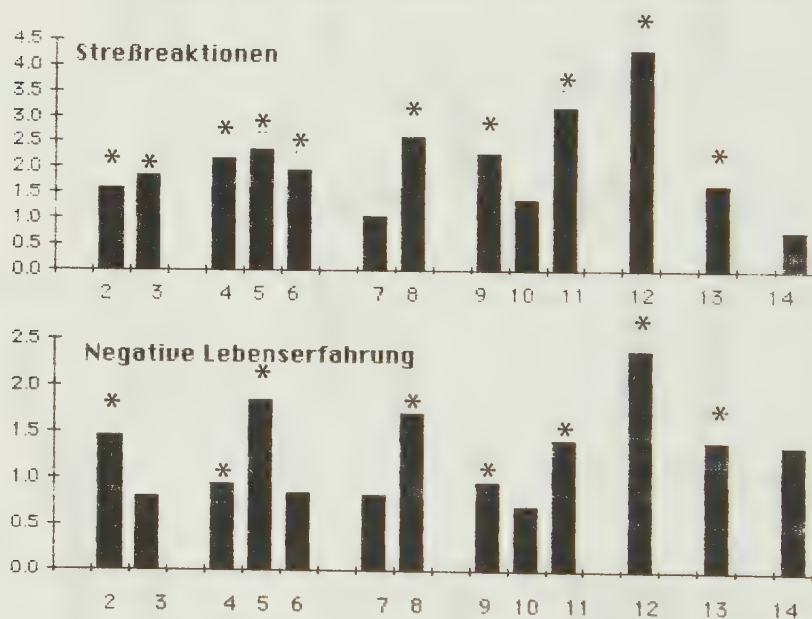
10 Psoriasis

11 Haut (Mehrfachbelast.)

12 Veget. Erschöpfung

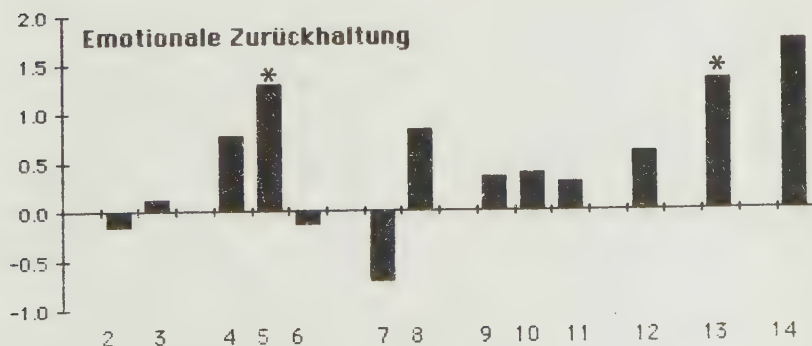
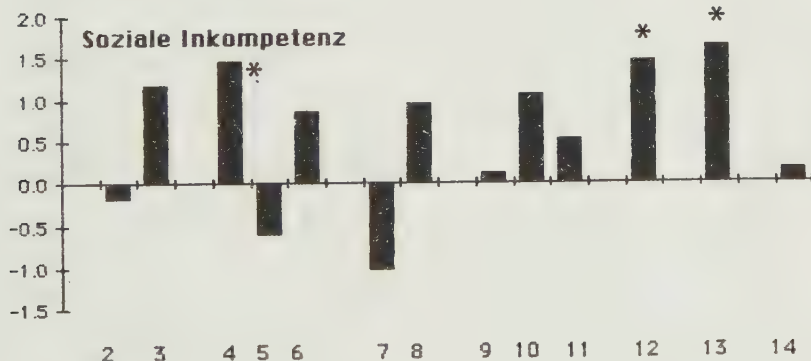
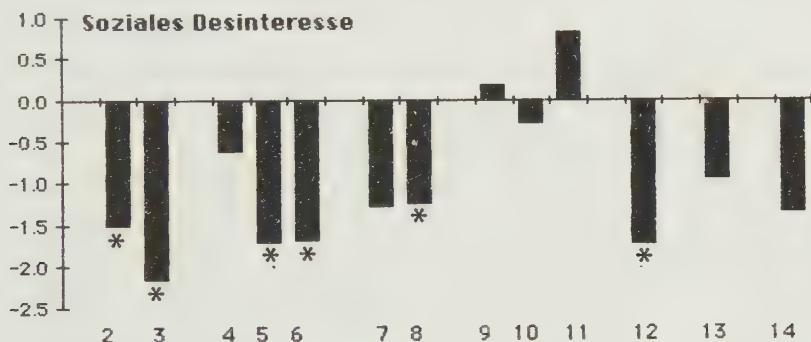
13 Skelettkrankungen

14 Stoffwechselstörungen



Zurückhaltung

1 Normalgruppe)	6 Herz (Mfb/Arthrosen)	11 Haut (Mehrfachbelast.)
2 Krebs	7 Kreislauf (Hyper/Dyst.)	12 Veget. Erschöpfung
3 Krebs (Mehrfachbelast.)	8 Kreislauf (Mfb/Arthrosen)	13 Skeletterkrankungen
4 Herz	9 Neurodermitis	14 Stoffwechselstörungen
5 Herz (Mehrfachbelast.)	10 Psoriasis	



	N	Alter $\bar{x}$ Streubreite SD	Geschl. % ♂
Gesamtstichprobe	630	47.2 (11–82) 13.4	54.9%
Normalpersonen	152	37.9 (11–82) 16.0	40.4%
Patienten insgesamt	478	50.2 (16–77) 10.9	59.5%
Krebs (männlich)	38	57.6 (32–71) 7.4	100%
Krebs (weiblich)	59	54.0 (27–76) 10.7	0%
Herzinfarkt	67	52.2 (33–69) 7.0	88.1%
Koronare Herzkrankheit	67	53.4 (22–73) 7.4	72.3%
Hypertonie	85	52.5 (33–72) 7.5	62.4%
andere Herzkrankheiten	20	50.6 (30–67) 9.8	35.0%
Vegetatives Syndrom	28	47.6 (30–62) 6.9	46.4%
Neurdermitis	37	30.7 (16–60) 11.3	44.4%
Psoriasis	13	41.0 (26–63) 11.9	46.2%
Skeletterkrankungen	40	49.0 (23–62) 7.8	65.0%
andere Diagnosen	24		

STRESSREAKTIONEN UND STRESSBEWÄLTIGUNG

- BITTE VOLLSTÄNDIG BEANTWORTEN -

Personennummer 1-3

- ALLE ANGABEN WERDEN ANONYM BEHANDELT -

Projekt 4-5Datum:

ANGABEN ZUR PERSON

1. Alter (Jahre) 9-102. Geschlecht: männlich ☐ 1
weiblich ☐ 2 11

3. (Höchster) Schulabschluß

kein Schulabschluß ☐ 1
Hauptschulabschluß ☐ 2
Mittlere Reife ☐ 3
Fachhochschulreife ☐ 4
Abitur ☐ 5
Fachhochschulabschluß .. ☐ 6
Universitätsabschluß ... ☐ 7 12

4. Religionszugehörigkeit

katholisch ☐ 1
evangelisch ☐ 2
andere ☐ 3
keine ☐ 4 13

5. Sind Sie (bewußt) religiös?

ja ☐ 1
nein ☐ 2 14

6. Familienstand

ledig ☐ 1
verheiratet|fester Part-
ner ☐ 2
verwitwet ☐ 3
geschieden|getrennt ☐ 4 157. Wie lange sind Sie verheiratet,
verwitwet oder geschieden|ge-
trennt?entfällt ☐ 0
weniger als 1 Jahr ☐ 1
1 - 2 Jahre ☐ 2
2 - 5 Jahre ☐ 3
5 - 10 Jahre ☐ 4
mehr als 10 Jahre ☐ 5 168. Wenn Sie verwitwet oder geschie-
den|getrennt sind, wie lange wa-
ren Sie verheiratet?entfällt ☐ 0
weniger als 1 Jahr ☐ 1
1 - 2 Jahre ☐ 2
2 - 5 Jahre ☐ 3
5 - 10 Jahre ☐ 4
mehr als 10 Jahre ☐ 5 179. Derzeit (bzw. zuletzt) ausgeüb-
ter Berufungelernter Arbeiter ... ☐ 1
Facharbeiter ☐ 2
Angestellter|Beamter
- im unteren Dienst ☐ 3
- im mittleren Dienst .. ☐ 4
- im höheren Dienst ☐ 5
Selbständiger (ohne Land-
wirte) ☐ 6
Landwirt ☐ 7
keinen Beruf ausgeübt .. ☐ 8 18

10. Derzeitige Tätigkeit

berufstätig - vollzeit ☐ 1
- teilzeit ☐ 2
arbeitslos ☐ 3
im Krankenstand ☐ 4
Rentner|Pensionär ☐ 5
Hausfrau ☐ 6
in Ausbildung
- Schüler ☐ 7
- Student ☐ 8
- Auszubildender ☐ 9 1911. Wie lange sind Sie arbeitslos,
Rentner oder im Krankenstand?entfällt ☐ 0
weniger als 1 Jahr ☐ 1
1 - 2 Jahre ☐ 2
2 - 5 Jahre ☐ 3
5 - 10 Jahre ☐ 4
mehr als 10 Jahre ☐ 5 20

12. Arbeitszeit pro Woche (für den derzeit ausgeübten Beruf)

entfällt	☐	0
0 - 20 Stunden	☐	1
21 - 40 Stunden	☐	2
41 - 50 Stunden	☐	3
51 - 60 Stunden	☐	4
61 - 70 Stunden	☐	5
mehr als 70 Stunden	☐	6 21

13. Jetziges Nettoeinkommen Ihres Haushalts pro Monat

unter 1000 DM	☐	1
1001 - 2000 DM	☐	2
2001 - 3000 DM	☐	3
3001 - 4000 DM	☐	4
4001 - 6000 DM	☐	5
mehr als 6000 DM	☐	6 22

14. Zu welcher sozialen Schicht oder Klasse würden Sie sich rechnen?

Arbeiterklasse	☐	1
einfacher Mittelstand ..	☐	2
gehobener Mittelstand ..	☐	3
Oberschicht	☐	4
andere:	☐	5 23

15. Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?

☐ 24-25

16. Wieviele Kinder haben Sie?

☐ 26

17. Größe des Wohnorts

unter 1000 Einwohner ...	☐	1
1000 - 10000 Einw. ..	☐	2
10000 - 50000 Einw. ..	☐	3
50000 - 100000 Einw. ..	☐	4
100000 - 500000 Einw. ..	☐	5
über 500000 Einw.	☐	6 27

18. Wie groß ist der Ort, in dem Sie aufgewachsen sind?

unter 1000 Einwohner ...	☐	1
1000 - 10000 Einw. ..	☐	2
10000 - 50000 Einw. ..	☐	3
50000 - 100000 Einw. ..	☐	4
100000 - 500000 Einw. ..	☐	5
über 500000 Einw.	☐	6 28

19. Leben Sie in einer (einem)

Mietwohnung -haus	☐	1
Eigentumswohnung -haus .	☐	2 29

20. Wie groß ist Ihre Wohnung?

Zahl der Räume (ohne Bad und Küche)	☐	30-31
qm insgesamt	☐	32-34

21. Welchen Führerschein haben Sie?

Mofa, Moped, usw.	☐	35
Motorrad	☐	36
Pkw	☐	37
Lkw	☐	38
keinen	☐	39

22. Welche Versicherungen haben Sie abgeschlossen?

Lebens-, Unfall	☐	40
Hausrat	☐	41
Private Haftpflicht	☐	42
Vollkasko (Pkw)	☐	43
Rechtsschutz	☐	44
Private Krankenvers.	☐	45
sonstige	☐	46
keine	☐	47

23. Gehören Sie einem Verein oder einer Vereinigung an?

Sportverein	☐	48
Berufsverband (z.B. Beamtenbund, Gewerkschaft) ..	☐	49
politische Partei	☐	50
keinem	☐	51

1 = keine
 2 = wenig
 3 = mittel
 4 = viel
 5 = sehr viel

FRAGEN ZUM LEBENSSTIL

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. Wieviel <u>eigene Initiative</u> können Sie in Ihrem Leben entfalten? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 52 |
| 2. Wieviel <u>Freiheit</u> haben Sie in Ihrem Leben? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 53 |
| 3. Wieviel <u>eigene Initiative</u> können Sie in Ihrem Beruf entfalten? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 54 |
| 4. Wieviel <u>Freiheit</u> haben Sie in Ihrem Beruf? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 55 |
| 5. Wie groß war Ihre <u>Belastung</u> in der letzten Zeit im allgemeinen?
(Bitte nur <u>eine</u> Antwort ankreuzen!) | | | | | | |
| Ich war <u>nicht belastet</u> . Ich fühlte mich weder im Beruf noch im Privatleben belastet. | | | | | | ☐ 1 |
| Ich war <u>etwas belastet</u> . Die an mich gestellten Anforderungen im Beruf und im Privatleben empfand ich als leicht belastend. Ich war aber dennoch die meiste Zeit ruhig und entspannt. | | | | | | ☐ 2 |
| Ich war <u>mittelmäßig belastet</u> . Es gab immer wieder belastende Situationen, in denen ich innerlich angespannt war. | | | | | | ☐ 3 |
| Ich war <u>ziemlich stark belastet</u> . Leistungs- und Problemsituationen belasteten mich derart, daß ich starke Spannungen spürte, die mich erheblich störten. | | | | | | ☐ 4 |
| Ich war <u>sehr stark belastet</u> . Ich empfand die Belastung so stark, daß ich nicht mehr ausspannen konnte und oft völlig erschöpft war. | | | | | | ☐ 5 56 |
| 6. Wie groß war Ihre <u>Angst</u> in der letzten Zeit im allgemeinen?
(Bitte nur <u>eine</u> Antwort ankreuzen!) | | | | | | |
| Ich fühlte mich <u>nicht ängstlich</u> . Ich war auch in unangenehmen Situationen frei von Angst und Befürchtungen. | | | | | | ☐ 1 |
| Ich war <u>etwas ängstlich</u> . In unangenehmen Situationen blieb ich meist ruhig. | | | | | | ☐ 2 |
| Ich war <u>mittelmäßig ängstlich</u> . Beunruhigende Situationen lösten in mir Angst aus. | | | | | | ☐ 3 |
| Ich war <u>ziemlich stark ängstlich</u> . Meine Ängste und Befürchtungen waren so stark, daß ich sie als störend empfand. | | | | | | ☐ 4 |
| Ich war <u>sehr stark ängstlich</u> . Ich litt unter starken Angstgefühlen, die mein Leben wesentlich beeinträchtigten und kaum zu ertragen waren. | | | | | | ☐ 5 57 |

7. Im folgenden sind einige Lebensstile kurz dargestellt. Schätzen Sie bitte jeweils ein, inwieweit die beschriebenen Einstellungen und Verhaltensweisen auf Sie zutreffen.
- 1 = stimmt gar nicht
2 = stimmt ein wenig
3 = stimmt weitgehend
4 = stimmt vollkommen

1 2 3 4

- a) Für mich sind traditionelle Werte, Pflichtbewußtsein und Engagement für den Staat wichtig. Ich bin kulturell interessiert und strebe nach einem sinnerfüllten Leben. ☐ ☐ ☐ ☐ 58
- b) Für mich sind Sicherheit (Alterssicherung, Sparen, Besitz) wichtiger als beruflicher Erfolg. Traditionelle Werte wie Ehrfurcht, Sauberkeit, Fleiß und Zielstrebigkeit sind für mich von großer Bedeutung. ☐ ☐ ☐ ☐
- c) Für mich ist es wichtig, eingebunden in einem Kreis von Kollegen zu leben. Wenn ich ein Dach über dem Kopf habe und meine Familie abgesichert ist, dann bin ich zufrieden. ☐ ☐ ☐ ☐
- d) Beruflicher Aufstieg, Prestige, Geld, ein hoher Lebensstandard und Konsum sind für mich sehr wichtig. Ich lebe nach dem Motto: "Jeder ist zum Erfolg geboren". ☐ ☐ ☐ ☐
- e) Sachlichkeit, Vernunft, Fortschrittsdenken und Liberalität sind für mich von großer Bedeutung. Ich strebe nach beruflichem Erfolg, nach sozialem Prestige, und ich will mich in meinem Beruf selbstverwirklichen. ☐ ☐ ☐ ☐
- f) Nicht-materielle Werte, Mitmenschlichkeit, soziale Gerechtigkeit und Freiheit haben für mich eine hohe Bedeutung. Ich engagiere mich aktiv in sozialen und politischen Bewegungen. ☐ ☐ ☐ ☐
- g) Für mich sind Autos, schicke Kleidung und gutes Aussehen von großer Bedeutung. Vergnügen, Abenteuer und Urlaub sind für mich sehr wichtig. Sozial und politisch engagiere ich mich nicht. ☐ ☐ ☐ ☐
- h) Ich leide sehr unter der "Unpersönlichkeit" und "Unmenschlichkeit" des Arbeitslebens und habe keine Lust, mich für den beruflichen Aufstieg "kaputtzumachen". In der Freizeit bin ich viel mit Gleichgesinnten zusammen, habe viele soziale Kontakte und Freundschaften. ☐ ☐ ☐ ☐
- i) Materielle Dinge haben in meinem Leben einen hohen Stellenwert. So wie ich das Geld verdiene, so gebe ich es wieder aus. Mein Familienleben leidet oft unter der finanziellen Enge. Ich lebe nach dem Motto: "Jeder ist sich selbst der nächste". ☐ ☐ ☐ ☐ 66

FRAGEN ZUR LEBENSQUALITÄT (LQ)

1 = nie
 2 = selten
 3 = manchmal
 4 = häufig
 5 = sehr häufig

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>ängstlich</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 9 2 |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 2. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>belastet</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 3. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>eingeschränkt</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 4. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>einsatzfähig</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>glücklich</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 6. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>traurig</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 7. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>freudlos</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 8. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>freudvoll</u> gefühlt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| - im Beruf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 32 |
| - in der Familie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| - bei anderen Aktivitäten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

FRAGEN ZUR LEBENSGEWANDTHEIT (LG)

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Ich finde mich in allen Lebenssituationen gut zurecht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 3 |
| 2. Ich setze mir Prioritäten, damit die wichtigen Dinge zuerst erledigt werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 3. Ich erkenne die Absichten der Menschen meist besser, als es andere tun | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 4. Ich kombiniere schnell und gut von einigen Voraussetzungen auf die Folgerungen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5. Ich handle situationsangepaßt und sicher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 6. Bei Lagebesprechungen finde ich mich schnell zurecht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 7. Ich meistere in Ruhe und Gelassenheit selbst schwierige Situationen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 8. Ich erfasse die Probleme anderer Menschen meist genau | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 9. Ich kann mich auf wechselnde Situationen sofort richtig einstellen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 10. Ich weiß genau, wie ich Lob und Tadel pädagogisch richtig anwenden muß | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 11. Ich passe mich wechselnden Situationen flexibel an | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 12. Ich verlange von anderen nichts Ungewöhnliches | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 13. Ich schätze meine Lebenssituation in der Regel richtig ein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 14. Ich gehe auf die Bedürfnisse des Einzelnen soweit es geht ein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15. Ich untersuche eine Situation genau, anstatt emotionell zu reagieren | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 16. Es fällt mir nicht schwer, die Leistungen anderer Leute richtig zu bewerten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 17. Sobald ich eine Situation richtig erkannt habe, handle ich richtig und konsequent | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 18. Ich tadle und lobe meine Bekannten so wie es richtig ist .. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 19. Ich reagiere mit guter Einfühlung auf andere Menschen, die untereinander Schwierigkeiten haben | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 52 |

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 20. Ich bringe allen Menschen volles Vertrauen entgegen, solange sie sich angemessen benehmen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 54 |
| 21. Wenn mich ein Weg im Leben nicht weiterbringt, stelle ich mich rechtzeitig auf einen besseren um | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 22. Ich verlange von anderen Menschen das, was man fordern kann, aber nicht mehr | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 23. Ich weiß, wie ich andere Leute zu nehmen habe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 24. Ich bin ein guter Menschenkenner | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 25. Ich kann die Leistungen meiner Mitarbeiter oder Kollegen richtig beurteilen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 59 |

FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

1. Wie oft nahmen Sie im letzten Jahr folgende Medikamente ein?

(Bitte bei jedem Medikament die zutreffende Antwort ankreuzen)

	nie	selten	gelegentlich	einmal täglich	mehrf. täglich	
	1	2	3	4	5	
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐	61
Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	☐	
Schmerzmittel	☐	☐	☐	☐	☐	
anregende Medikamente	☐	☐	☐	☐	☐	
Abführmittel	☐	☐	☐	☐	☐	
Herz- und Kreislaufmittel	☐	☐	☐	☐	☐	
sonstige	☐	☐	☐	☐	☐	67

2. Wie sehr leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Krankheiten?(Bitte bei jeder Beschwerde die zutreffende Antwort ankreuzen)

	nicht 1	kaum 2	mäßig stark 3	ziem- lich stark 4	sehr stark 5	
Herzbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	9 3
Kreislaufbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐	
Zu niedriger Blutdruck	☐	☐	☐	☐	☐	
Allgemeiner Erschöpfungszustand	☐	☐	☐	☐	☐	
Nervöse Überlastung	☐	☐	☐	☐	☐	
Angstzustände	☐	☐	☐	☐	☐	
Magen-, Darmbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	
Leber-, Gallenerkrankung	☐	☐	☐	☐	☐	
Kreuz-, Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐	
Rheuma, Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	
Asthma, Bronchitis	☐	☐	☐	☐	☐	
Übergewicht	☐	☐	☐	☐	☐	
Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	☐	☐	
Nieren-, Blasenleiden	☐	☐	☐	☐	☐	
Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐	
Migräne	☐	☐	☐	☐	☐	
Beschwerden nach einer Operation	☐	☐	☐	☐	☐	
Ganz allgemeine Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	28

3. Rauchen Sie?

ja ☐ 1
nein ☐ 2 30

Wenn ja, ...

... wieviel rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

Zigaretten ☐ 31-32
Zigarillos|Zigarren ... ☐ 33-34
Pfeifen ☐ 35-36

... seit wieviel Jahren rauchen Sie ohne große Unterbrechung?

☐ 37-38

... wie häufig haben Sie ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

☐ 39-40

Wenn nein, ...

... haben Sie früher regelmäßig geraucht?

ja ☐ 1
nein ☐ 2 41

4. Trinken Sie Alkohol?

ja ☐ 1
nein, nie ☐ 2 42

Wenn ja, ...

... wie häufig?

weniger als 1x je Woche . ☐ 1
1-3x je Woche ☐ 2
4-6x je Woche ☐ 3
täglich ☐ 4 43

... welche Menge alkoholische Getränke trinken Sie gewöhnlich in der Woche?

Bier (Liter) ☐ 44-46
Wein|Sekt (Liter) ☐ 47-49
Spirituosen (Liter) ... ☐ 50-52

... wie viele Male im Monat kommt es vor, daß Sie bei einer Gelegenheit

- 2 oder mehr Liter Bier trinken?

☐ 53-55

- 1 oder mehr Flaschen Wein|Sekt trinken?

☐ 56-58

- 4 oder mehr einfache Schnäpse oder andere Spirituosen trinken?

☐ 59-61

FRAGEN ZUR LEBENSZUFRIEDENHEIT

Wir würden nun gerne wissen, wie zufrieden Sie mit
Ihrem Leben insgesamt und mit einzelnen Lebensbe-
reichen sind.

1 = gar nicht zufrieden
2 = ein wenig zufrieden
3 = weitgehend zufrieden
4 = vollkommen zufrieden

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Mit meinem Leben bin ich im allgemeinen im großen und ganzen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 9 4 |
| 2. Mit meiner Gesundheit bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 3. Mit meinem Beruf bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 4. Mit meiner beruflichen Sicherheit bin ich im allgemeinen .. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5. Mit meinem Lebensstandard bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 6. Mit meinen Arbeitsbedingungen bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 7. Mit meiner Freizeitgestaltung bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 8. Mit meinem Freundes- und Bekanntenkreis bin ich im allge-
meinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 9. Mit dem Zusammenleben in meiner Familie bin ich im allge-
meinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 10. Mit der Entwicklung meines Kindes meiner Kinder bin ich im
allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 11. Mit der Beziehung zu meinem Partner bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 12. Mit meinem Sexualleben bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 13. Mit meiner Beliebtheit bei anderen bin ich im allgemeinen . | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 14. Mit meiner Selbstachtung bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15. Mit der politischen Situation bin ich im allgemeinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 23 |

STRESSREAKTIONEN UND STRESSBEWÄLTIGUNG

- BITTE VOLLSTÄNDIG BEANTWORTEN -

 Personennummer 1-3
 Projekt 4-5

- ALLE ANGABEN WERDEN ANONYM BEHANDELT -

Datum:

Sie finden im folgenden eine Reihe von Aussagen über Verhaltensweisen, Reaktionen und Einstellungen, die etwas mit Stress zu tun haben. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, wie sehr diese auf Sie zutrifft. Es gibt dazu vier Antwortmöglichkeiten, von "stimmt gar nicht" (1) bis "stimmt vollkommen" (4). Denken Sie nicht lange über eine Aussage nach, sondern kreuzen Sie die Antwort an, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Bitte machen Sie dazu in das entsprechende Kästchen ein Kreuz. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten - antworten Sie bitte so, wie es für Sie persönlich gilt.

 1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Wenn ich gereizt bin, kann ich mich besser beherrschen als andere | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 911 |
| 2. Ich arbeite intensiv daran, sehr viel mehr zu besitzen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 3. Ich entscheide mich meist schnell und richtig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 4. Sobald ich abends im Sessel sitze, bin ich total entspannt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5. Meine Aufmerksamkeit und Konzentration bei der Arbeit sind schlechter als früher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 6. Ich finde immer Freunde, die mich ausreden lassen und anhören | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 7. Ich halte mich genau an Vereinbarungen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 8. Bei Auseinandersetzungen führe ich stets Entscheidungen herbei, die von allen akzeptiert werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 9. Ich muß viele sorgenvolle Stunden durchmachen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 10. Wenn ich viel Verantwortung tragen muß, mache ich sehr leicht Fehler | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 11. Für mich ist es wichtig, zu den Besten und Erfolgreichsten zu gehören | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 12. Selbst wenn ich gut ausgeruht bin, sind meine Muskeln noch verspannt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 13. Selbst am Feierabend kann ich nicht richtig abschalten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 14. Ich bin es gewohnt, meine Meinung offen auszusprechen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 22 |

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
15. Gedanken an die Zukunft bereiten mir ein behagliches Gefühl	☐	☐	☐	☐	23
16. Ich habe von der Zukunft nicht viel Gutes zu erwarten	☐	☐	☐	☐	
17. Ich kann meine Freizeit so gestalten, wie ich will	☐	☐	☐	☐	
18. Von Sorgen und Problemen kriege ich Schmerzen	☐	☐	☐	☐	
19. Es gibt Leute, mit denen ich Reibereien einfach nicht vermeiden kann	☐	☐	☐	☐	
20. Ich kann mein Leben nicht mehr selbst lenken	☐	☐	☐	☐	
21. Ich habe im Leben viele Schwierigkeiten zu überwinden	☐	☐	☐	☐	
22. Über mein Leben bestimme nur ich selbst	☐	☐	☐	☐	
23. Ich bin voller Selbstvertrauen	☐	☐	☐	☐	
24. Probleme verdränge ich lieber, anstatt sie direkt anzugehen	☐	☐	☐	☐	
25. Ich kann meinen Groll besser verbergen als andere	☐	☐	☐	☐	
26. Ich setze alles daran, mich finanziell zu verbessern	☐	☐	☐	☐	
27. Ich entscheide mich schnell und ohne viel nachzuzugröbeln ...	☐	☐	☐	☐	
28. Abends im Bett fühle ich mich wohligh entspannt	☐	☐	☐	☐	
29. Ich glaube, daß meine Arbeitsleistung stark nachgelassen hat	☐	☐	☐	☐	
30. Ich finde immer Leute, die mir Zeit und Gehör schenken	☐	☐	☐	☐	
31. In wichtigen Dingen halte ich es mit der Ordnung genau	☐	☐	☐	☐	
32. Es fällt mir leicht, bei Auseinandersetzungen gute Kompromisse zu schließen	☐	☐	☐	☐	
33. Ich muß viel Kummer ertragen	☐	☐	☐	☐	
34. Hohe Anforderungen setzen meine Leistungsfähigkeit beträchtlich herab	☐	☐	☐	☐	
35. Leistung und Erfolg sind für mich sehr wichtig	☐	☐	☐	☐	
36. Meine Schultermuskulatur fühlt sich manchmal richtig hart an	☐	☐	☐	☐	
37. Auch in den Ferien entspanne ich mich nicht genügend	☐	☐	☐	☐	45

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
38. Ich gebe mich anderen gegenüber sehr offen	☐	☐	☐	☐	46
39. Meine Zukunft wird noch viele schöne Erlebnisse bringen ...	☐	☐	☐	☐	
40. Die Zukunft wird mir wenig Freude bringen	☐	☐	☐	☐	
41. Im privaten Bereich habe ich alle Freiheit, die ich brauche	☐	☐	☐	☐	
42. Wenn ich mich aufrege, bekomme ich Schmerzen	☐	☐	☐	☐	
43. Bei bestimmten Leuten kommen mir leicht aggressive Gefühle	☐	☐	☐	☐	
44. Ich habe auf mein Leben keinen Einfluß mehr	☐	☐	☐	☐	
45. Mein Leben hat mich stets große Anstrengungen gekostet	☐	☐	☐	☐	
46. Das Kommando über mein Leben führe ich selbst	☐	☐	☐	☐	
47. Ich traue mir viel zu	☐	☐	☐	☐	
48. Ich verberge lieber meinen Ärger, anstatt offen darüber zu sprechen	☐	☐	☐	☐	
49. Ich kontrolliere meinen Zorn besser als andere	☐	☐	☐	☐	
50. Ich denke häufig darüber nach, wie ich zu mehr Geld kommen kann	☐	☐	☐	☐	
51. Entscheidungen gehen bei mir zügig über die Bühne	☐	☐	☐	☐	
52. Ich kann mich jederzeit vollständig entspannen	☐	☐	☐	☐	
53. Ich kann die von mir erwartete Leistung nicht mehr bringen	☐	☐	☐	☐	
54. Meine Probleme werden immer von jemandem ernstgenommen	☐	☐	☐	☐	
55. Ich achte sorgfältig darauf, erfolgreiche Gewohnheiten beizubehalten	☐	☐	☐	☐	
56. Ich beseitige Mißverständnisse immer gleich durch eine Aussprache	☐	☐	☐	☐	
57. Viele Sorgen belasten mein Leben	☐	☐	☐	☐	
58. In schwierigen Situationen sind meine Gedanken regelrecht blockiert	☐	☐	☐	☐	
59. Ich bin sehr stark leistungsorientiert	☐	☐	☐	☐	
60. Selbst in der Freizeit sind meine Muskeln noch verkrampft	☐	☐	☐	☐	58

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkomm.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 61. Selbst im Urlaub kann ich die Gedanken an die Arbeit nicht verdrängen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 62. Bei Diskussionen lege ich meine Argumente offen auf den Tisch | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 63. Ich schaue voller Zuversicht in die Zukunft | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 64. Ich sehe wenig erfreuliche Dinge auf mich zukommen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 65. Ich kann so ziemlich alles tun und lassen was ich will | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 66. Ärger und Wut führen bei mir zu körperlichen Beschwerden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 67. Bei einigen Leuten komme ich schnell in eine gereizte Stimmung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 68. Ich bin nicht fähig, meinen Mann zu stehen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 69. Ich habe im Leben alles nur unter Schwierigkeiten erreicht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 70. Ich allein bestimme über die Richtung meines Lebens | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 71. Ich bin von mir überzeugt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 72. Ich verdränge lieber unangenehme Erinnerungen, als ständig darüber zu reden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 73. Ich kann meine Aufregungen besser kontrollieren als andere | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 74. Ich habe ein ausgeprägtes Bedürfnis, mehr materielle Dinge zu erlangen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 75. Ich fasse die richtigen Entschlüsse, ohne lange nachzudenken | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 76. Ich bleibe in den meisten Situationen völlig entspannt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 77. Meine Leistungsfähigkeit hat nachgelassen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 78. Ich habe Freunde, die Anteil an meinen Sorgen nehmen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 79. Ich halte alle Absprachen sorgfältig ein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 80. Bei Unstimmigkeiten finde ich stets eine passende Lösung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 81. Mein Leben ist voller Kummer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 82. Unter Druck mache ich viel mehr Fehler als gewöhnlich | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
83. Ich lege auf große Leistungen mehr Wert, als andere es tun	☐	☐	☐	☐	31
84. Schon am Morgen fühle ich, daß meine Muskeln stark ver- spannt sind	☐	☐	☐	☐	
85. Wenn die Tagesarbeit getan ist, kann ich noch lange nicht an Entspannung denken	☐	☐	☐	☐	
86. Ich sage allen ganz offen, was ich meine	☐	☐	☐	☐	
87. Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich richtig wohl	☐	☐	☐	☐	
88. Ich kann einfach nicht zuversichtlich in die Zukunft sehen	☐	☐	☐	☐	
89. Ich habe im täglichen Leben sehr viel Freiraum	☐	☐	☐	☐	
90. Je stärker ich unter Druck gerate, umso mehr nehmen meine körperlichen Beschwerden zu	☐	☐	☐	☐	
91. Manche Leute gehen mir wirklich auf die Nerven	☐	☐	☐	☐	
92. Ich habe keine Trümpfe mehr in der Hand	☐	☐	☐	☐	
93. In meinem Leben löst eine Schwierigkeit die andere ab	☐	☐	☐	☐	
94. Ich gestalte mein Leben nach meinen eigenen Regeln	☐	☐	☐	☐	
95. Ich vertraue auf meine eigene Leistungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	
96. Ich unterdrücke lieber negative Gefühle, anstatt sie offen zu zeigen	☐	☐	☐	☐	
97. Ich kann selbst starke Erregung gut verbergen	☐	☐	☐	☐	
98. Ich strebe intensiv nach einem größerem Wohlstand	☐	☐	☐	☐	
99. Ich entscheide mich zügig und treffsicher	☐	☐	☐	☐	
100. Nach getaner Arbeit fühle ich mich völlig locker	☐	☐	☐	☐	
101. Ich halte eine längere Anstrengung nicht mehr aus	☐	☐	☐	☐	
102. Es gibt immer Leute, die bereit sind, sich in meine Lage zu versetzen	☐	☐	☐	☐	
103. Ich bin sehr sorgfältig und gewissenhaft,.....	☐	☐	☐	☐	
104. Konflikte löse ich sehr geschickt	☐	☐	☐	☐	
105. Ich weiß oft vor Sorgen nicht aus noch ein	☐	☐	☐	☐	53

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

1 2 3 4

106. Wenn ich zuviel Verantwortung habe, fällt meine Leistung ab ☐ ☐ ☐ ☐ 54
107. Erfolge sind das wichtigste in meinem Leben ☐ ☐ ☐ ☐
108. Meine Nackenmuskeln sind häufig stark verspannt ☐ ☐ ☐ ☐
109. Auch am Tagesende fällt es mir schwer, mich zu entspannen ☐ ☐ ☐ ☐
110. Ich bin dafür bekannt, daß ich meine Ansichten gerne of-
 fenlege ☐ ☐ ☐ ☐
111. Ich erwarte im Leben noch viel Freude ☐ ☐ ☐ ☐
112. Ich sehe für meine Zukunft schwarz ☐ ☐ ☐ ☐
113. Ich kann meine Interessen nach Belieben verfolgen ☐ ☐ ☐ ☐
114. Wenn ich mich aufrege, nehmen meine körperlichen Beschwer-
 den zu ☐ ☐ ☐ ☐
115. Es gibt einige Leute, mit denen ich sehr viel Ärger habe ☐ ☐ ☐ ☐
116. Ich bin unfähig, mein Leben in die gewünschten Bahnen zu
 lenken ☐ ☐ ☐ ☐
117. Ich konnte viele Dinge nur mit Mühe und Not erreichen ☐ ☐ ☐ ☐
118. Nur ich selbst bin für die Gestaltung meines Lebens ver-
 antwortlich ☐ ☐ ☐ ☐
119. Ich bin von der Richtigkeit meines Tuns überzeugt ☐ ☐ ☐ ☐
120. Ich habe viele Gefühle, über die ich nicht sprechen möchte ☐ ☐ ☐ ☐
121. Ich kontrolliere meinen Ärger stets so gut, daß er nach
 außen nicht sichtbar wird ☐ ☐ ☐ ☐
122. Ich strenge mich stets an, meinen Besitz zu vergrößern ☐ ☐ ☐ ☐
123. Ich fasse gute Entschlüsse, ohne Zeit zu verlieren ☐ ☐ ☐ ☐
124. Ich kann mich auch nach harter Arbeit leicht entspannen ... ☐ ☐ ☐ ☐
125. Meine Ausdauer bei der Arbeit hat stark nachgelassen ☐ ☐ ☐ ☐
126. In schwierigen Situationen spricht mir immer jemand Mut zu ☐ ☐ ☐ ☐
127. Ich halte einmal gegebene Zusagen gewissenhaft ein ☐ ☐ ☐ ☐ 7

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
128. Bei Streitereien gelingt es mir stets, eine vernünftige Lösung zu finden	☐	☐	☐	☐	9 12
129. Kummer und Sorgen sind typisch für mein Leben	☐	☐	☐	☐	
130. Unter starkem Druck versage ich leicht	☐	☐	☐	☐	
131. Erfolge zu haben bedeutet mir sehr viel	☐	☐	☐	☐	
132. Mein Rückenmuskeln sind häufig hart und verspannt	☐	☐	☐	☐	
133. Ich finde auch im Urlaub nicht die notwendige Entspannung	☐	☐	☐	☐	
134. Ich spreche über alles mit großer Offenheit	☐	☐	☐	☐	
135. Ich habe noch viele angenehme Dinge zu erfahren	☐	☐	☐	☐	
136. Meine Zukunft ist freudlos und düster	☐	☐	☐	☐	
137. Im Privatleben kann ich mich frei und ungehindert entfalten	☐	☐	☐	☐	
138. Schwierige persönliche Probleme spüre ich auch als unangenehme Körpergefühle	☐	☐	☐	☐	
139. Manche Leute reizen mich einfach zum Widerspruch	☐	☐	☐	☐	
140. Ich habe im Leben nichts mehr zu sagen	☐	☐	☐	☐	
141. In meinem Leben wurden mir immer schwere Aufgaben gestellt	☐	☐	☐	☐	
142. Ich bin für den Ablauf meines Lebens selbst verantwortlich	☐	☐	☐	☐	
143. Ich habe mehr Selbstvertrauen als andere	☐	☐	☐	☐	
144. Über unangenehme Dinge mag ich überhaupt nicht reden	☐	☐	☐	☐	
145. Durch geschicktes Verhandeln bringe ich streitende Parteien wieder zusammen	☐	☐	☐	☐	
146. Wenn ich etwas unternehme, plane ich alles sehr sorgfältig	☐	☐	☐	☐	
147. Mit einigen Leuten kann ich mich einfach nicht vertragen	☐	☐	☐	☐	
148. Ich nenne die Dinge gern bei ihrem Namen	☐	☐	☐	☐	
149. Ich traue mir zu, auch schwierige Aufgaben zu bewältigen	☐	☐	☐	☐	
150. Bei mir reißen die Sorgen nicht ab	☐	☐	☐	☐	
151. Ich sehe viele Dinge auf mich zukommen, die mir Angst machen	☐	☐	☐	☐	32

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

1 2 3 4

151. Zu den Erfolgreichsten zu gehören, bedeutet mir sehr viel ☐ ☐ ☐ ☐ 33
152. Bei Konflikten verhalte ich mich so geschickt, daß ich mit allen gut auskomme ☐ ☐ ☐ ☐
154. Ich besitze ein gesundes Selbstvertrauen ☐ ☐ ☐ ☐
155. Andere Menschen meiden mich ☐ ☐ ☐ ☐
156. Ich ziehe die Blicke anderer Leute an ☐ ☐ ☐ ☐
157. Bei Diskussionen höre ich mir alle Argumente aufmerksam an ☐ ☐ ☐ ☐
158. Ich finde Parties stumpfsinnig ☐ ☐ ☐ ☐
159. Ich zeige es niemandem, wenn ich niedergeschlagen bin ☐ ☐ ☐ ☐
160. Für gemeinsame Aktivitäten bin ich stets als Organisator zu haben ☐ ☐ ☐ ☐
161. Ich spreche gern Personen des anderen Geschlechts an ☐ ☐ ☐ ☐
162. In einer geselligen Runde fühle ich mich so richtig wohl ☐ ☐ ☐ ☐
163. Ich bin sehr redefreudig ☐ ☐ ☐ ☐
164. Ich sollte etwas tun, um meinen sprachlichen Ausdruck zu verbessern ☐ ☐ ☐ ☐
165. Ich erziele mit meinen Äußerungen nur geringe Wirkung ☐ ☐ ☐ ☐
166. Ich bin sprachlos, wenn ich plötzlich angesprochen werde ☐ ☐ ☐ ☐
167. Ich rede sehr wenig ☐ ☐ ☐ ☐
168. Ich bin sehr schüchtern ☐ ☐ ☐ ☐
169. In Gruppen verhalte ich mich selbstsicher ☐ ☐ ☐ ☐
170. Oft fallen mir die guten Argumente erst nach einer Diskussion ein ☐ ☐ ☐ ☐
171. Es fällt mir leicht, interessante Diskussionen zu führen ☐ ☐ ☐ ☐
172. Ich ziehe gerne die Aufmerksamkeit von Zuhörern auf mich ☐ ☐ ☐ ☐
173. Ich unterhalte mich oft mit wildfremden Menschen ☐ ☐ ☐ ☐
174. Ich rede nicht gerne über mich selbst ☐ ☐ ☐ ☐ 55

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
175. Andere Menschen sind mir gegenüber sehr zurückhaltend	☐	☐	☐	☐	56
176. Auf Parties ziehe ich die Aufmerksamkeit der anderen auf mich	☐	☐	☐	☐	
177. Ich höre mir alles genau an, bevor ich mein Urteil abgebe	☐	☐	☐	☐	
178. Gesellige Veranstaltungen geben mir wenig	☐	☐	☐	☐	
179. Wenn ich traurig bin, lasse ich mir dies nicht anmerken ...	☐	☐	☐	☐	
180. Ich nehme es gern auf mich, Geselligkeiten zu organisieren	☐	☐	☐	☐	
181. Ich verwickle gern Personen des anderen Geschlechts in ein Gespräch	☐	☐	☐	☐	
182. Ich amüsiere mich gerne mit anderen	☐	☐	☐	☐	
183. Ich rede furchtbar gern mit anderen Menschen	☐	☐	☐	☐	
184. Zu einer guten Rede fehlt mir die sprachliche Ausdrucksfähigkeit	☐	☐	☐	☐	
185. Mir fällt es schwer, andere Leute zu überzeugen	☐	☐	☐	☐	
186. Ich neige zum Stottern, wenn viele Augen auf mich gerichtet sind	☐	☐	☐	☐	
187. Ich bin von Natur aus ein schweigsamer Mensch	☐	☐	☐	☐	
188. Es fällt mir schwer, Kontakte zu knüpfen	☐	☐	☐	☐	
189. Auf Einladungen trete ich sicher und gewandt auf	☐	☐	☐	☐	
190. Ich überlege oft krampfhaft, wie ich ein stockendes Gespräch wieder in Gang bringen kann	☐	☐	☐	☐	
191. Ich halte Reden oder Vorträge mit viel Erfolg	☐	☐	☐	☐	
192. Es macht mir Spaß, meine Gesprächspartner ganz auf mich zu konzentrieren	☐	☐	☐	☐	
193. Ich lasse mich gern mit fremden Personen auf eine Unterhaltung ein	☐	☐	☐	☐	
194. Persönliche Dinge klammere ich in Gesprächen aus	☐	☐	☐	☐	
195. Es kommt nur selten jemand freundlich auf mich zu	☐	☐	☐	☐	
196. Ich wirke auf das andere Geschlecht attraktiv	☐	☐	☐	☐	77

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

1 2 3 4

197. Bei Diskussionen höre ich aufmerksam zu ☐ ☐ ☐ ☐ 9
198. Auf Parties sitze ich meist lustlos und gleichgültig herum ☐ ☐ ☐ ☐
199. Ich lasse mir meinen Ärger über andere Leute nicht anmerken ☐ ☐ ☐ ☐
200. Ich bin der geborene Organisator ☐ ☐ ☐ ☐
201. Ich knüpfe gern mit Personen des anderen Geschlechts ein Gespräch an ☐ ☐ ☐ ☐
202. Ich bin immer für Vergnügungen zu haben ☐ ☐ ☐ ☐
203. Oft habe ich richtig Lust auf ein Gespräch ☐ ☐ ☐ ☐
204. Mir fehlt die Fähigkeit, gewandt zu reden ☐ ☐ ☐ ☐
205. In Gesprächen finde ich wenig Beachtung ☐ ☐ ☐ ☐
206. Vor Überraschung bringe ich keinen Ton heraus, wenn mich jemand anspricht ☐ ☐ ☐ ☐
207. Ich verliere im Gespräch nicht viele Worte ☐ ☐ ☐ ☐
208. Ich finde nur schwer Zugang zu anderen Menschen ☐ ☐ ☐ ☐
209. Ich bin so selbstsicher, daß ich auch schwierige soziale Situationen bewältige ☐ ☐ ☐ ☐
210. In Diskussionen kommen mir die guten Ideen oft zu spät ☐ ☐ ☐ ☐
211. In einer Diskussion übe ich mehr Einfluß auf andere aus als umgekehrt ☐ ☐ ☐ ☐
212. Es gefällt mir, einen Kreis von Zuhörern in Bann zu schlagen ☐ ☐ ☐ ☐
213. Manchmal spreche ich wildfremde Menschen an ☐ ☐ ☐ ☐
214. Gefühle sind für mich kein Gesprächsthema ☐ ☐ ☐ ☐
215. Viele Menschen finden mich unsympathisch ☐ ☐ ☐ ☐
216. Mein Auftreten löst oft bewundernde Blicke aus ☐ ☐ ☐ ☐
217. Ich bin ein aufmerksamer Zuhörer ☐ ☐ ☐ ☐
218. Ich bin lieber für mich allein als auf Geselligkeiten ☐ ☐ ☐ ☐
219. Ich verberge vor anderen meine spontanen Empfindungen ☐ ☐ ☐ ☐ 3

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 220. Wenn es um geselliges Beisammensein geht, übernehme ich gerne die Führung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 32 |
| 221. Es macht mir Spaß, mich mit Personen des anderen Geschlechts zu unterhalten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 222. Ich bin stets zu Spässen aufgelegt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 223. Oft suche ich geradezu eine Unterhaltung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 224. Ich habe Probleme, wenn ich Argumente genau formulieren muß | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 225. Meinen Worten fehlt die Überzeugungskraft | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 226. In einer Gruppe fühle ich mich stark gehemmt zu sprechen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 227. Ich halte mich in Gesprächen zurück | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 228. Ich bin anderen Menschen gegenüber sehr zurückhaltend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 229. Ich trete selbstbewußt auf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 230. In Gesprächen verpasse ich oft den richtigen Augenblick, um meine Argumente vorzubringen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 231. In Diskussionen kann ich andere geschickt in meine Richtung lenken | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 232. Wenn ich etwas erzähle, hören mir alle Leute interessiert zu | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 233. Es fällt mir leicht, unbekannte Menschen anzusprechen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 234. Über meine Gefühlsregungen spreche ich nicht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 235. Von anderen Menschen erfahre ich immer wieder Ablehnung ... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 236. Ich wirke auf das andere Geschlecht anziehend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 237. In Gesprächen bin ich ernsthaft bei der Sache | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 238. Ich meide gesellige Zusammenkünfte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 239. Ich lasse es andere nicht merken, welche Gefühle ich habe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 240. Ich stelle immer wieder gesellige Abende auf die Beine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 241. Bei Geselligkeiten finde ich immer Kontakt zu Personen des anderen Geschlechts | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 242. Ich stürze mich schwungvoll ins Vergnügen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 54 |

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 243. Ich bin oft zum Erzählen aufgelegt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 55 |
| 244. In Diskussionen fehlt es mir an sprachlicher Gewandtheit | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 245. Mir fehlt die Fähigkeit, andere zu überzeugen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 246. In einer größeren Diskussionsrunde habe ich Hemmungen zu reden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 247. In Diskussionen überlasse ich lieber den anderen das Reden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 248. Ich tue mich schwer, neue Leute kennenzulernen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 249. Ich wirke sehr selbstsicher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 250. Oft dreht sich ein Gespräch schon um ein anderes Thema, bevor ich meine Meinung äußern kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 251. Beim Diskutieren vertrete ich meine Gesichtspunkte selbstsicher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 252. Erzählungen schmücke ich gern etwas aus, um die Zuhörer zu faszinieren | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 253. Ich spreche gern mit Unbekannten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 254. Über meine Intimsphäre rede ich mit niemandem | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 255. Ich wirke auf andere abweisend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 256. Ich bin attraktiv | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 257. Ich lasse meine Gesprächspartner ausreden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 258. Von festlichen Veranstaltungen halte ich mich fern | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 259. Meine Gefühle zeige ich niemanden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 260. Wenn eine gesellige Runde zustandekommen soll, übernehme ich eine führende Rolle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 261. Es fällt mir leicht, mit Personen des anderen Geschlechts Kontakt aufzunehmen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 262. Für gesellige Unternehmungen bin ich jederzeit zu haben ... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 263. Ich führe sehr gerne Gespräche | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 264. Wenn ich gut reden könnte, würde ich mit anderen besser zurecht kommen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 76 |

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
265. Ich kann andere nicht so überzeugen, wie ich gern möchte	☐	☐	☐	☐	9 14
266. Bei Gesprächen mit wichtigen Personen komme ich ins Stocken	☐	☐	☐	☐	
267. Ich höre lieber zu, als daß ich rede	☐	☐	☐	☐	
268. Es fällt mir schwer, Anschluß zu finden	☐	☐	☐	☐	
269. Es fällt mir leicht, selbstsicher aufzutreten	☐	☐	☐	☐	
270. Bei Diskussionen bin ich zu unsicher, um meine Argumente rechtzeitig zu äußern	☐	☐	☐	☐	
271. Bei Gesprächen in der Gruppe kann ich meine Ansichten meist durchsetzen	☐	☐	☐	☐	
272. Es gelingt mir, andere Leute im Gespräch zu fesseln	☐	☐	☐	☐	
273. Ich ergreife jede Gelegenheit, mich mit fremden Leuten zu unterhalten	☐	☐	☐	☐	
274. Über mein Privatleben spreche ich nicht gern	☐	☐	☐	☐	
275. Es gelingt mir oft, meine Gesprächspartner zu beeinflussen	☐	☐	☐	☐	
276. Kaum jemand kommt von sich aus auf mich zu	☐	☐	☐	☐	
277. Ich übe Anziehungskraft auf andere aus	☐	☐	☐	☐	
278. Ich wirke im Gespräch nicht sehr überzeugend	☐	☐	☐	☐	
279. Ich scheue den Umgang mit fremden Menschen	☐	☐	☐	☐	
280. Ich vermisse es, daß nicht mehr Menschen auf mich zugehen	☐	☐	☐	☐	
281. Ich rede nicht gerne	☐	☐	☐	☐	
282. Ich finde nicht leicht Kontakt	☐	☐	☐	☐	
283. Ich knüpfe gern Beziehungen zum anderen Geschlecht an	☐	☐	☐	☐	
284. In Diskussionen überlege ich oft zu lange, bis ich meine Ideen vorbringe	☐	☐	☐	☐	
285. Die Anforderungen des Alltags wachsen mit über den Kopf ...	☐	☐	☐	☐	
286. Ich leide unter Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	
287. Morgens bin ich ganz erschöpft	☐	☐	☐	☐	36

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

1 2 3 4

288. Ich werde nicht so leicht ärgerlich ☐ ☐ ☐ ☐ 37
289. Ich stehe häufig unter Zeitdruck ☐ ☐ ☐ ☐
290. Es ärgert mich, wenn faule Leute die Arbeit verzögern ☐ ☐ ☐ ☐
291. Manchmal glaube ich, starken Druck nicht auszuhalten zu können ☐ ☐ ☐ ☐
292. Mein Schlaf wird leicht gestört ☐ ☐ ☐ ☐
293. Mein Körper ist am Morgen schlaff und schwer ☐ ☐ ☐ ☐
294. Ich werde nicht wütend, wenn mir etwas mißlingt ☐ ☐ ☐ ☐
295. Ich stehe morgens früher auf als andere Leute ☐ ☐ ☐ ☐
296. Es regt mich auf, wenn ich in einem Büro oder Geschäft lange warten muß ☐ ☐ ☐ ☐
297. Auf Druck reagiere ich mit starken Spannungsgefühlen ☐ ☐ ☐ ☐
298. Ich wälze mich lange im Bett herum, bis ich endlich Schlaf finde ☐ ☐ ☐ ☐
299. Noch lange nach dem Aufstehen fühle ich mich müde ☐ ☐ ☐ ☐
300. Ich lasse mich nicht in Wut bringen ☐ ☐ ☐ ☐
301. Es ärgert mich, wenn mich mein Partner lange warten läßt .. ☐ ☐ ☐ ☐
302. Ich habe häufig das Gefühl, daß die Zeit drängt ☐ ☐ ☐ ☐
303. Ich stehe dauernd unter starkem Druck ☐ ☐ ☐ ☐
304. Es vergeht oft eine Ewigkeit, bis ich abends einschlafe ... ☐ ☐ ☐ ☐
305. Morgens bin ich wie erschlagen ☐ ☐ ☐ ☐
306. Ich kann gar nicht richtig wütend werden ☐ ☐ ☐ ☐
307. Ich mache die Arbeit lieber selbst, wenn andere zu langsam sind ☐ ☐ ☐ ☐
308. Ich bin in der Arbeit genauer als andere ☐ ☐ ☐ ☐
309. Es fällt mir schwer, mich innerlich zu entspannen ☐ ☐ ☐ ☐
310. Es fällt mir schwer, abends einzuschlafen ☐ ☐ ☐ ☐ 59

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

	1	2	3	4	
311. Ich stehe schon erschöpft auf	☐	☐	☐	☐	9/15
312. Ich bin kein Mensch, der sich schnell über etwas aufregt ..	☐	☐	☐	☐	
313. Ich trage ziemlich schwer an meiner Verantwortung	☐	☐	☐	☐	
314. Ich bin immer in Eile, wenn ich Dinge erledigen muß	☐	☐	☐	☐	
315. Meine seelische Belastung macht mir sehr zu schaffen	☐	☐	☐	☐	
316. Ich schlafe sehr unruhig	☐	☐	☐	☐	
317. Ich fühle mich am Morgen völlig energielos	☐	☐	☐	☐	
318. Ärger ist mir fremd	☐	☐	☐	☐	
319. Manche Lebensaufgaben belasten mich sehr	☐	☐	☐	☐	
320. Solange nicht alle Aufgaben erledigt sind, kann ich mich nicht richtig entspannen	☐	☐	☐	☐	
321. Ich fühle mich seelisch sehr belastet	☐	☐	☐	☐	
322. Ich wache in der Nacht häufig auf	☐	☐	☐	☐	
323. Ich fühle mich morgens wie zerschlagen	☐	☐	☐	☐	
324. Ich ärgere mich nicht so leicht wie andere	☐	☐	☐	☐	
325. Belastung regt mich auf	☐	☐	☐	☐	
326. Ich schaffe mehr als andere Leute	☐	☐	☐	☐	
327. Ich stehe häufig unter seelischem Druck	☐	☐	☐	☐	
328. Ich habe einen leichten Schlaf	☐	☐	☐	☐	
329. Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich hundeeelend	☐	☐	☐	☐	
330. Es kommt selten vor, daß ich mich über etwas ärgere	☐	☐	☐	☐	
331. Ich bin sehr ehrgeizig	☐	☐	☐	☐	
332. Ich bin angespannt, wenn ich mehrere Sachen zur selben Zeit tun muß	☐	☐	☐	☐	
333. Ich kann keine innere Ruhe finden	☐	☐	☐	☐	
334. Ich liege in der Nacht oft wach	☐	☐	☐	☐	38

1 = stimmt gar nicht
 2 = stimmt ein wenig
 3 = stimmt weitgehend
 4 = stimmt vollkommen

1 2 3 4

335. Ich fühle mich noch lange nach dem Aufstehen kaputt ☐ ☐ ☐ ☐ 39
336. Ich ärgere mich nicht, wenn etwas schiefgeht ☐ ☐ ☐ ☐
337. Ich lade mir häufig zu viele Sachen auf ☐ ☐ ☐ ☐
338. Ich achte sehr darauf, daß meine Aufgaben stets schnell erledigt werden ☐ ☐ ☐ ☐
339. Die innere Anspannung läßt mich nicht los ☐ ☐ ☐ ☐
340. Ich schrecke häufig aus dem Schlaf hoch ☐ ☐ ☐ ☐
341. Morgens komme ich nur schwer aus dem Bett ☐ ☐ ☐ ☐
342. Ich rege mich selten über etwas auf ☐ ☐ ☐ ☐
343. Wenn jemand in Rede oder Tat nicht vorankommt, unterbreche ich ihn und helfe nach ☐ ☐ ☐ ☐
344. Auch in der Freizeit denke ich häufig an die Aufgaben, die noch zu erledigen sind ☐ ☐ ☐ ☐ 48

LITERATURVERZEICHNIS

- ARGYLE, M.: Soziale Interaktion. Köln, 1975
- ASENDORPF, J.: Schüchternheitsentwicklung. Projektbeschreibung. Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung, Paper 4. München, 1983
- ASENDORPF, J.: Auch Schüchterne suchen Kontakt. MPG-Presseinformation, 15/85. Forschungsberichte und Meldungen aus der Max-Planck-Gesellschaft. München, 1985 a
- ASENDORPF, J.: Studien zur Schüchternheit. Nr.3: Selbst- und fremdbeurteilte Schüchternheit von Studenten in realen Interaktionssituationen. Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung, Paper 10. München, 1985 b
- ATTESLANDER, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York, 1975
- BAMMER, K.: Krebs und Psychosomatik. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1981
- BARTH, W.: Theoretische und empirische Ergebnisse zur Dimensionalität inter-personalen Verhaltens. In: BOLCK, F. (Hrsg.): Untersuchungen zum zwischenmenschlichen Verhalten. Jena, 1981, S.9-18
- BERGER, R.: Streß und Bewältigung in Betrieb und Familie. München, 1986, in Vorbereitung
- BERGMANN, G.: Streß und Bewältigung: Psychologische Forschungsansätze. In: SCHERER, K., WALLBOTT, H., TOLKMITT, F. & BERGMANN, G. (Hrsg.): Die Streßreaktion: Physiologie und Verhalten. Göttingen, 1985
- BERTALANFFY, L. von: General system theory. New York, 1968
- BORELLI, S.: Psyche und Haut. In: JADASSOHN, J. (Hrsg.): Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Band 8. Berlin, Heidelberg, New York, 1967, S.265-268
- BRENGELMANN, J.C.: Streß und Streßtherapie: Erster Bericht über ein internationales Projekt (STRESA). In: BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis. Vorträge der 4.Verhaltenstherapie-woche. München, 1980, S.7-34
- BRENGELMANN, J.C.: Streß und Streßtherapie: Ein internationales Projekt. Vortrag für internationale Verhaltenstherapie in Alicante, Februar 1981

- BRENGELMANN, J.C.: Behandlungsmethoden in der Psychosomatik und deren Erfolge (I). In: Der praktische Arzt, 4, 1983, S.248-256
- BRENGELMANN, J.C.: Behandlungsmethoden in der Psychosomatik und deren Erfolge (II). In: Der praktische Arzt, 5, 1983, S.315-329
- BRENGELMANN, J.C.: Situation Krebsforschung und psychosoziale Nachsorge. Bericht für den DFG-Workshop. München, 1984
- BRENGELMANN, J.C.: Selbstverantwortlichkeit in Freiheit: Positive Grundlagen gesellschaftlichen Verhaltens. Vortrag, gehalten vor dem Peutinger-Collegium, München, 13.Sept. 1984
- BRENGELMANN, J.C., KETTLER, L. CASPER, S. & MÖLLER, G.: Struktur und Korrelate subjektiver "Lebensmeisterung" und Aspekte der Lebensqualität bei psychosomatischen Patienten. In: BRENGELMANN, J.C., BÖHRINGER, G. (Hrsg.): Therapieforchung für die Praxis, 4. München, 1984, S.139-161
- BRENGELMANN, J.C. & MAKKONEN, M.: Korrelation von Familienfaktoren mit Streßreaktionen und Situationen. In: BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis. Themen der 6.Verhaltenstherapiewoche 1981. München, 1981, S.40-68
- BRENGELMANN, J.C. & MICHL, G.: Streß, Lebenserfolg und Persönlichkeit. In: BRENGELMANN, J.C., BÖHRINGER, G. (Hrsg.): Therapieforchung für die Praxis, 3. Themen der 9.Verhaltenstherapiewoche 1982. München, 1982, S.221-239
- BRENGELMANN, J.C., MÖLLER, G., MAAS, M. & HOHENBERGER, E.: Streßdiagnostik: Die interne und äußere Validität neuerer Streß-Skalen. In: BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis. München, 1981, S.69-90
- BRENGELMANN, J.C., REIG, A. & MÖLLER, G.: Persönlichkeit, Streß und Rauchverhalten. In: Suchtgefahren 30, 1984, S.65-75
- BRUNS, G.: Streß und Bewältigung: Evaluation eines Streßbewältigungstrainings. München, 1986, in Vorbereitung
- CASPER, S.: Psychosomatische Aspekte "Sozialer Kompetenz". Diplomarbeit. Bonn, 1980
- CLAUSS, G. & EBNER, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt/Main, Zürich, 1972

- COOPER, C. & MARSHALL, J.: The Changing Roles of British Executives' Wives. In: Management International Review, 17, 1, 1977
- COOPER, C.: Streßbewältigung. Person, Familie, Beruf. München, Wien, Baltimore, 1981
- CRANACH, M. von et al.: Zielgerichtetes Handeln. Bern, Stuttgart, Wien, 1980
- DAVISON, G.; NEALE, J.: Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. München, Wien, Baltimore, 1979
- DILL, D. & FELD, E.: The Challenge of Coping. In: BELLE, D. (ed.): Lives in Stress. Beverly Hills, London, New Delhi, 1982
- DOHRENWEND, B. & DOHRENWEND, B. (eds.): Stressful Life Events and their Contexts. Monographs in Psychological Epidemiology, Vol.2. New York, 1981
- FAHRMEIR, L., HAMERLE, A. (Hrsg.): Multivariate statistische Verfahren. Berlin, New York, 1984
- FAIRBANK, D. & HOUGH, R.: Cross-Cultural Differences in Perceptions of Life Events. In: DOHRENWEND, B. & DOHRENWEND, B. (eds.): Stressful Life Events and their Contexts. Monographs in Psychological Epidemiology, Vol.2. New York, 1981, pp.63-84
- FISCHER, M. & FISCHER, U.: Wohnortwechsel und Verlust der Ortsidentität als nicht-normative Lebenskrisen. In: FILIPP, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore, 1981, S.139-153
- FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.: The Key Cause - Type A Behavior Pattern. In: MONAT, A. & LAZARUS, R. (eds.): Stress and Coping. New York, 1977, pp.203-212
- GABRIEL, W.: Faktorielle Untersuchung des verbalen Aspekts der Extraversion bei psychosomatischen Patienten. Diplomarbeit. München, 1981
- GEIDER, F.J., ROGGE, K.-E., SCHAAF, H.: Einstieg in die Faktorenanalyse. Heidelberg, 1982
- GOLDBAND, S. et al.: Personality and Cardiovascular Disorder. In: SARASON, D. & SPIELBERGER, C. (eds.): Stress and Anxiety, Vol.6. Washington, New York, London, 1979, Chapter 18, pp.351-369

- GUERRA, J., REIG, A. & BRENGELMANN, J.C.: Dimensionen der Persönlichkeit und des Streßverhaltens. In: BRENGELMANN, J.C. & BOHRINGER, G. (Hrsg.): *Therapieforschung für die Praxis*, 3. Themen der 9.Verhaltenstherapie-woche 1982. München, 1982, S.241-259
- HENRICH, G.: VMO'85. Vortrag zur Struktur des SCOPE-Fragebogens anläßlich des Kongresses "Verhaltensmanagement in Organisationen", gehalten am 27.8.1985, München
- HEINRICH, D. & SPIELBERGER, C.: Anxiety and Complex Learning. In: KROHNE, H. & LAUX, L. (eds.): *Achievement, Stress and Anxiety*. Washington, New York, London, 1982, pp.145-165
- HERRMANN, T.: *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*. Göttingen, Toronto, Zürich, 1976
- HERSCHBACH, P.: Einige Überlegungen zur psychosomatischen Rehabilitation von Krebspatienten. In: *Die Rehabilitation* 22, 1983, S.33-35
- HOHENBERGER, E. & SCHINDLER, L.: Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung von Schlafstörungen. In: BRENGELMANN, J.C. & BOHRINGER, G. (Hrsg.): *Therapieforschung für die Praxis*, 4. München, 1984, S.55-71
- HORNBOSTEL, H., KAUFMANN, W., SIEGENTHALER, W. (Hrsg.): *Innere Medizin in Praxis und Klinik*. Band 1-4, 2.Aufl., Stuttgart, 1977
- HORST, P.: *Messung und Vorhersage*. Weinheim, Berlin, Basel, 1971
- JOHNSON, J. & SARASON, I.: Moderator Variables in Life Stress Research. In: SARASON, I. & SPIELBERGER, C. (eds.): *Stress and Anxiety*, Vol.6. Washington, New York, London, 1979, S.151-167
- KANDOLF, R.: *Psychosomatische Reaktionen und Formen der Bewältigung bei cardiovasculären Erkrankungen*. Diplomarbeit. München, 1981
- KETTLER, L.: *Aspekte internaler - externaler Kontrolle bei psychosomatischen Erkrankungen - erfaßt durch einen Fragebogen*. Diplomarbeit. Bonn, 1980
- KATSCHNIG, H.: *Lebensverändernde Ereignisse als Ursache psychischer Krankheiten - Eine Kritik des globalen Ansatzes in der Life-Event-Forschung*. In: KATSCHNIG, H. (Hrsg.): *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen. Fortschritte der Sozialpsychiatrie, Vol.5. München, Wien, Baltimore, 1980

- KOHLI, G.: Streßreaktionen und -bewältigung bei psychosomatischen Patienten (Arbeitstitel). München, 1986, in Vorbereitung
- LADER, M.: Körperliche Reaktionen auf Lebensveränderungen - ihre Beziehungen zu psychischen und psychosomatischen Störungen. In: KATSCHNIG, H. (Hrsg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen. Fortschritte der Sozialpsychiatrie, Vol.5. München, Wien, Baltimore, 1980
- LANTERMANN, E.D.: Interaktionen. München, 1980
- LAUX, L. & VOSSEL, G.: Theoretical and Methodological Issues in Achievement-related Stress and Anxiety Research. In: KROHNE, H. & LAUX, L. (eds.): Achievement, Stress, and Anxiety. Washington, New York, London, 1982, pp.3-18
- LAZARUS, R.: Cognitive and Coping Process in Emotion. In: MONAT, A. & LAZARUS, R. (eds.): Stress and Coping. New York, 1977, pp.145-158
- LAZARUS, R.: Streß und Streßbewältigung - Ein Paradigma. In: FILIPP, H.-S. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München, Wien, Baltimore, 1981, Kap.10, S.198-232
- LAZARUS, R. & LAUNIER, R.: Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien, 1981, S.213-259
- LEFRANCOIS, G.R.: Psychologie des Lernens. Berlin, Heidelberg, New York, 1976
- LEVI, L.: Psychosoziale Reize, psychophysiologische Reaktionen und Krankheit. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien, 1981, S.188-212
- LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim, 1961
- MEICHENBAUM, D., HENSHAW, D. & HIMEL, N.: Coping with Stress as a Problem-Solving Process. In: KROHNE, H. & LAUX, L. (eds.): Achievement, Stress, and Anxiety. Washington, New York, London, 1982, S.127-142
- MICHL, G.: Reaktionen auf Belastungen und Persönlichkeit. Diplomarbeit. München, 1979
- NITSCH, J.: Zur Gegenstandsbestimmung der Streßforschung. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien, 1981, S.29-51

- PAWLIK, K.: Dimensionen des Verhaltens. Stuttgart, Wien, 1971
- RAHE, R.: Developements in Life Change Measurement: Subjective Life Change Unit Scaling. In: DOHRENWEND, B. & DOHRENWEND, B. (eds.): Stressful Life Events and their Contexts. Monographs in Psychological Epidemiology, Vol.2. New York, 1981, pp.63-84
- REVENSTORF, D.: Lehrbuch der Faktorenanalyse. 1.Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1976
- RUBINSTEIN, S.L.: Probleme der allgemeinen Psychologie. In: STADLER, M. (Hrsg.): Psychologie der Gesellschaft, Band 14. Darmstadt, 1981
- ROHLMANN, M.: Streßreaktionen und Streßbewältigung (Arbeitstitel). München, 1986, in Vorbereitung
- SAALFELD, G.: Messung und Klassifikation gestörter Verhaltensweisen bei ängstlichen Patienten und deren therapeutischen Korrelate. Dissertation. Osnabrück, 1980
- SCHINDLER, L. & HOHENBERGER, E.: Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Schlafstörungen: Status und Perspektiven. In: Psychologische Beiträge, 24, 1982, S.549-582
- SCHÖNPFLUG, W.: Coping and the Generation of Stress. In: BACHMANN, W. & UDRIS, I. (eds.): Mental Load and Stress in Activity. XXIIInd International Congress of Psychology. Amsterdam, New York, Oxford, 1982, pp.18-23
- SCHWARZ, D.: Verhaltenstherapie. In: UEXKÖLL, T. von, et al. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore, 1986, S.268-291
- SCHWARZER, R.: Streß, Angst und Hilflosigkeit - Die Bedeutung von Kognition und Emotionen bei der Regulation von Belastungssituationen. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1981
- SCHELTEN, A.: Grundlagen der Testbeurteilung und Testdarstellung. Heidelberg, 1980
- SELYE, H.: Selections from The Stress of Life. In: MONAT, A. & LAZARUS, R. (eds.): Stress and Coping. New York, 1977, pp.17-35
- SELYE, H.: Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien, 1981, S.163-187
- SHAFFER, M.: Live after Stress. New York, London, 1982

- SIEGENTHALER, W. & WERNING, C.: Essentielle Hypertonie. In: HORNBOSTEL, H., KAUFMANN, W., SIEGENTHALER, W. (Hrsg.): Innere Medizin in Praxis und Klinik. Band 1. Stuttgart, 1977, S.1.234 - 1.249
- SKINNER, B.F.: Beyond Freedom and Dignity, New York, 1971; Deutsche Ausgabe: Jenseits von Freiheit und Würde. Reinbek bei Hamburg, 1973
- SKINNER, B.F.: Contingencies of Reinforcement. New York, 1969; Deutsche Ausgabe: Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft. München, 1974
- SPIELBERGER, C.: Anxiety: State-Trait-Process. In: SPIELBERGER, C. & SARASON, I. (eds.): Stress and Anxiety, Vol.1. Washington, New York, London, 1975
- SPIRO, M.: Religious Systems as Culturally Constituted Defense Mechanisms. In: MONAT, A. & LAZARUS, R. (eds.): Stress and Coping. New York, 1977, pp.174-181
- SPD-STUDIE: Planungsdaten für die Mehrheitsfähigkeit der SPD. Ein Forschungsprojekt des Vorstandes der SPD, Zusammenfassender Bericht. Bonn, 1984
- STRIAN, F.: Klinik der Angst. In: STRIAN, F. (Hrsg.): Angst. Grundlagen und Klinik. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1983
- WEYER, G. & HODAPP, V.: Job Stress and Essential Hypertension. In: SARASON, I. & SPIELBERGER, C. (eds.): Stress and Anxiety, Vol.6. Washington, New York, London, 1979, Chapter 17, pp.337-349
- WITZMANN, R.: Schlüssel des Lebens. Die Steuerung biologischer Vorgänge durch Steroide. 2.Aufl., München, 1979

LEBENS LAUF

23. 2. 1955 geboren in Schnittling/Spalt
- 1961 Eintritt in die Volksschule Fünfbronn
- 1965 Übertritt an das Platen-Gymnasium, Ansbach
- 1974 Abitur am Platen-Gymnasium, Ansbach
- 1975 Beginn des Studiums an der Ludwig-Maximilians-Universität München in den Fächern Kommunikationswissenschaft, Soziologie, Kunstgeschichte und Psychologie
- 1979 Beginn des Studiums der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
- 1983 Abschluß des Psychologie-Studiums (Diplom) an der LMU München
- 1985 Abschluß des Studiums der Kommunikationswissenschaften (Magister) an der LMU München

